

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE

N° 437

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

L'ÉPREUVE

DE

l'Hémoclasie Digestive

CHEZ LA FEMME GRAVIDE.

PAR

A. POWILEWICZ

Ancien Moniteur d'Obstétrique à la Faculté de Médecine

Ancien Interne de la Maternité

Interne des Hôpitaux de Paris

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1921

457

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

1 Pow.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

L'ÉPREUVE

DE

l'Hémoclasie Digestive

CHEZ LA FEMME GRAVIDE

PAR

A. POWILEWICZ

Ancien Moniteur d'Obstétrique à la Faculté de Médecine

Ancien Interne de la Maternité

Interne des Hôpitaux de Paris



Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1921

Faculté de Médecine de Paris

DOYEN.....

M. ROGER

PROFESSEURS.....

MM.

Anatomie.....
Anatomie médico-chirurgicale.....
Physiologie.....
Physique médicale.....
Chimie organique et chimie générale.....
Bactériologie.....
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....
Pathologie et Thérapeutique générale.....
Pathologie médicale.....
Pathologie chirurgicale.....
Anatomie pathologique.....
Histologie.....
Pharmacologie et matière médicale.....
Thérapeutique.....
Hygiène.....
Médecine légale.....
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
Pathologie expérimentale et comparée.....

NICOLAS
CUNEO
CH. RICHET
André BROCA.
DESGREZ
BEZANÇON
BRUMPT
MARCEL LABBE
RENON
LECENE.
LETULLE
PRENANT
POUCHET
CARNOT
LÉON BERNARD
BALHAZARD
MENETRIER
ROGER
ACHARD
WIDAL
GILBERT
CHAUFFARD
MARFAN
NOBECOURT

Clinique médicale.....

Hygiène et clinique de la 1^{re} enfance.....
Clinique des maladies des enfants.....
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'en-
céphale.....
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
Clinique des maladies du système nerveux.....
Clinique des maladies contagieuses.....

DUPRE
JEANSELME
PIERRE MARIE
TEISSIER

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique.....
Clinique des maladies des voies urinaires.....

DEL BET
LEJARS
HARTMANN
GOSSET
DE LAPERSONNE
LEGUEU

Clinique d'accouchement.....

Clinique gynécologique.....
Clinique chirurgicale infantile.....
Clinique thérapeutique.....
Clinique oto-rhino-laryngologique.....
Clinique thérapeutique chirurgicale.....

BAR
COUVELAIRE
BRINDEAU
J. L. FAURE
AUGUSTE BROCA
VAQUEZ
SEBILEAU
DUVAL

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI
ALGLAVE
BASSET
BAUDOIN
BLANCHETIERE
BRANCA
CAMUS
CHAMPY
CHEVASSU
CHIRAY
CLERC
DEBRE
DESMARET

DUVOIR
FIESSINGER
GARNIER
GOUGEROT
GREGOIRE
GUENIOT
GUILLAIN
GUILLEMINOT
HEITZ-BOYER
JOYEUX
LABBE (HENRI)
LAIGNEL-LAVASTINE
LANGLOIS

LARDENNOIS
LE LORIER
LEMIERRE
LEQUEUX
LEREBoullet
LERI
LEVY-SOLAL
MATHIEU
METZGER
MOCQUOT
MULON
OKINCZYC
PHILIBERT

RATHERY
REITTERER
RIBIERRE
RICHAUD
ROUSSY
ROUVIERE
SCHWARTZ (A)
TANON
TERRIEN
TIFFENEAU
VILLARET

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opi-
nions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être con-
sidérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner au-
cune approbation ni improbation*

A MON PÈRE

LE DOCTEUR LÉON POWILEWICZ

MÉDECIN-CHEF HONORAIRE DE LA MATERNITÉ DU HAVRE

Mon guide et mon ami.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR A. COUVELAIRE

PROFESSEUR

DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

*Qui m'a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.*

A M. LE PROFESSEUR PINARD

PROFESSEUR HONORAIRE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE PARIS

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

DÉPUTÉ DE PARIS

*Qui fut mon premier maître en obsté-
trique et dont je n'oublierai jamais
le vivant enseignement.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

EXTERNAT

1908

M. LE DOCTEUR VURPAS
M. LE PROFESSEUR GOSSET

1909

M. LE PROFESSEUR RENON
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RICARD
CHIRURGIEN HONORAIRE DES HÔPITAUX

1910

M. LE PROFESSEUR CHAUFFARD

1911

M. LE DOCTEUR PARMENTIER
MÉDECIN DE L'HÔTEL-DIEU

1912-1913

M. LE PROFESSEUR PINARD

INTERNAT PROVISOIRE

1914

M. LE PROFESSEUR ROGER
DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INTERNAT

1919

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SCHWARTZ

1920

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ POTOCKI
PROFESSEUR EN CHEF DE LA MATERNITÉ

1921

M. LE DOCTEUR LESNÉ
MÉDECIN DE L'HÔPITAL TROUSSEAU

A MES AUTRES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEVY-SOLAL

A MM. LES DOCTEURS :

PAGNIEZ, LEVANT, VIGNES, HOUDARD

A la première page de cette thèse, qu'il me soit permis d'écrire le nom de mon maître le professeur agrégé Potocki. C'est grâce à son obligeance, en effet, que j'ai pu effectuer dans son service les recherches nécessitées par ce travail. Je n'oublie pas, non plus, les précieux conseils et les encouragements qu'il a bien voulu me donner.

Je tiens enfin à remercier aussi le personnel de la Maternité et particulièrement Mlle Mossé, sage-femme en chef de la Maternité, qui, autant que cela fut en son pouvoir, s'efforça de faciliter ma tâche.

Enfin mon collègue et ami Blamoutier a bien voulu me confier deux observations très intéressantes et qui m'ont été d'une grande utilité.

L'épreuve de l'Hémoclasie digestive chez la femme gravide

On sait l'importance du rôle fonctionnel du foie dans la lutte de l'organisme contre la toxémie gravidique. M. le Professeur Pinard en a montré toute la signification et pour lui l'action hépatique est tellement considérable qu'il a pu employer l'expression « d'hépto-toxémie » devenue maintenant classique.

Il nous a donc paru intéressant de rechercher les résultats que donnerait l'épreuve de l'hémoclasie digestive chez la femme enceinte.

Pour M. le Professeur Widal et pour MM. Abrami et Iancovesco, cette épreuve de l'hémoclasie digestive constituerait un véritable « test » de la valeur fonctionnelle du foie, ou plus exactement du pouvoir proteopexique de la cellule hépatique. Suivant ces auteurs, « lorsque le foie est altéré, il devient incapable de s'opposer au passage dans la circulation générale des protéides incomplètement désintégrés qui lui viennent de l'intestin et ce passage se traduit immédiatement par une crise hémoclasique. La recherche de cette crise après un repas d'épreuve azoté constitue un procédé d'exploration à la fois simple, rigoureux et d'une extrême sensibilité pour dépister l'in-

suffisance hépatique. » (Widal, Abrami, Iancovesco).

Cette épreuve a donné de nombreux résultats très intéressants au cours de diverses maladies où elle a révélé souvent une atteinte hépatique jusque-là méconnue.

La gestation constitue un phénomène physiologique au cours duquel peut apparaître une toxémie, « toxémie gravidique », venant secondairement léser la cellule hépatique.

Un procédé qui permet de découvrir la plus légère insuffisance hépatique, qui la dose presque, doit intéresser l'accoucheur.

Tel sera l'objet de notre travail, que nous diviserons ainsi :

Après un court chapitre où nous préciserons la technique que nous avons employée, nous passerons en revue les différentes observations que nous avons pu recueillir, l'étude clinique accompagnant l'examen de laboratoire.

Enfin, dans un dernier chapitre nous essayerons de tirer les conclusions théoriques et pratiques que comporte l'ensemble de ces observations.

Technique

Nous avons suivi la technique indiquée par M. le professeur Widal et MM. Abrami et Iancovesco.

La crise hémoclasique est caractérisée par différents phénomènes :

Chute du taux des leucocytes.

Hypercoagulabilité sanguine.

Hypotension artérielle.

Diminution de l'indice réfractométrique du sérum.

La leucopénie, dit M. le Professeur Widal « représente l'élément le plus net et le plus facile à rechercher. Aussi, dans la pratique journalière, on se contentera d'enregistrer les variations de la leucocytose ».

C'est cette leucopénie que nous avons seule étudiée.

Voici comment nous avons procédé :

Les femmes sur lesquelles a porté notre étude ont été laissées à jeun depuis la veille au soir. Le lendemain une première prise de sang leur a été faite, immédiatement suivie d'un repas composé de deux cents grammes de lait.

Après cette ingestion nous avons pratiqué des prises de sang successives, d'abord au bout de vingt minutes, puis quarante et enfin soixante minutes.

Ainsi chacune de nos observations comporte quatre numérations leucocytaires.

Comme hématimètre nous avons employé celui de Thoma, et le sang contenu dans notre pipette a été dissous par le liquide de Marcano, auquel nous avons ajouté quelques gouttes de bleu de méthylène pour faciliter notre examen.

Il est bien entendu que lors de nos prises de sang, nous avons évité toute pression sur le doigt piqué, et que la même pipette a été utilisée pour les différentes prises de sang chez une même femme.

Observations

La plupart de nos observations ont porté sur des femmes au cours du neuvième mois de leur gestation.

Il nous a semblé juste que ce soit cette dernière période qui mérite un examen, c'est là en effet le moment où le plus fréquemment se constitue le syndrome toxémique. Cependant certaines de nos observations concernent des femmes au cours du 4°, 6°, 7°, 8° mois de la gestation.

Nos observations seront divisées en deux catégories. Dans une première série nous rangerons les examens pratiqués sur des femmes normales, et par femmes normales nous entendrons celles qui ne possèdent que des antécédents héréditaires ou personnels peu chargés chez lesquelles on ne trouve aucunes lésions de l'appareil digestif, Le Noir, Richet fils et Jacquelin ayant en effet montré la fréquence de la crise hémoclasique dans les affections de l'estomac ; chez lesquelles, d'autre part, on ne rencontre aucunes tares nerveuses : (condition de production de la crise hémoclasique chez certains épileptiques. Ph. Pagniez, J. de Léobardy).

Enfin, surtout, il s'agira de femmes ayant eu jusque là une gestation sans incidents et dans les urines desquelles on n'a jamais décelé d'albumine.

Notre deuxième série d'observations ne comportera, par contre, que des femmes présentant des signes en rapport avec un syndrome toxémique ; autrement dit, des femmes ayant une albuminurie manifeste à laquelle, parfois, s'ajouteront rétinite et crises éclamptiques plus ou moins fréquentes.

Nous ne nous contenterons pas d'examiner femmes normales ou femmes avec syndrome toxémique avant leur accouchement ; autant qu'il nous paraîtra nécessaire, nous suivrons ces femmes au cours de leur post-partum par une deuxième épreuve d'hémoclasie digestive. Nous pourrons ainsi voir les variations des courbes de la leucopénie avant et après l'expulsion de l'enfant et juger par là même, des états fonctionnels différents de la cellule hépatique.

I

Observations de Femmes normales

CROUPE A

Résultats franchement négatifs

OBSERVATION I

L... Marie, 36 ans, ménagère.

Antécédents héréditaires. — Néant.

Antécédents personnels. — A toujours bien marché.

Premières règles à 17 ans.

Rougeole à 7 ans.

Fièvre typhoïde à 17 ans.

Antécédents obstétricaux. — 1^{re} gestation en 1910. Accouchement spontané à terme. Garçon pesant 2800 gr.

2^e gestation en 1912. Accouchement spontané. Fille vivante pesant 3000 gr.

3^e gestation en 1918. Accouchement spontané. Fille vivante pesant 2500 gr.

Gestation actuelle. — Dernières règles, 17 juillet.

6 avril. — A l'examen, lors de son entrée, on note :

Hauteur utérine 34 cm.

Petite tête qui plonge dans l'excavation. Dos à gauche.

Auscultation bonne.

Toucher, col en voie d'effacement, perméable.

Faux promontoire sacré. Vrai promontoire à 10 cm.

Température 37°. Urines normales.

27 avril. — 1 heure : Premières contractions utérines douloureuses.

Sommet engagé en droite postérieure.

Bruits du cœur bons. Pas d'albumine dans les urines.

7 h. 35 : Rupture des membranes.

Dilatation : petite paume de main.

8 h. 50 : Accouchement spontané. Garçon vivant pesant 3420 gr.

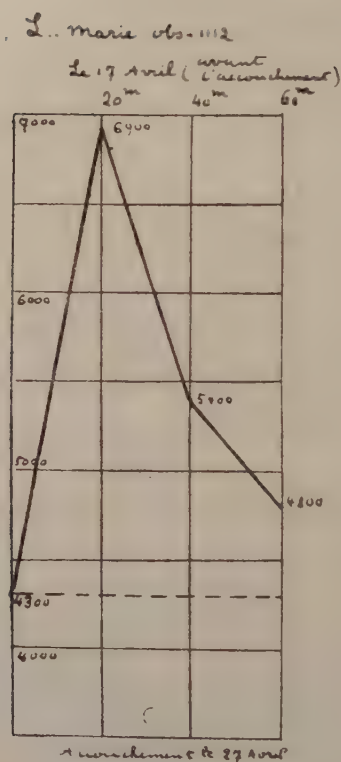
Délivrance naturelle et complète 50 minutes après.

Placenta : 620 gr.

Suites de couches normales.

10 mai. — Partie en bon état. Enfant en bonne santé.

L'épreuve hémoclasique, dans cette observation, est nettement négative, l'hyperleucocytose est très marquée. L'examen a été fait dix jours avant l'accouchement au cours duquel on n'a pas trouvé trace d'albumine.



L'épreuve hémoclasique post-partum n'a pas été pratiquée.

OBSERVATION II

S... Renée, 19 ans. 1 Pare.

Antécédents héréditaires. — Père décédé à 69 ans, asthme. Mère vivante.

Antécédents personnels. — Premiers pas ?

Réglée à 15 ans.

N'a jamais été malade.

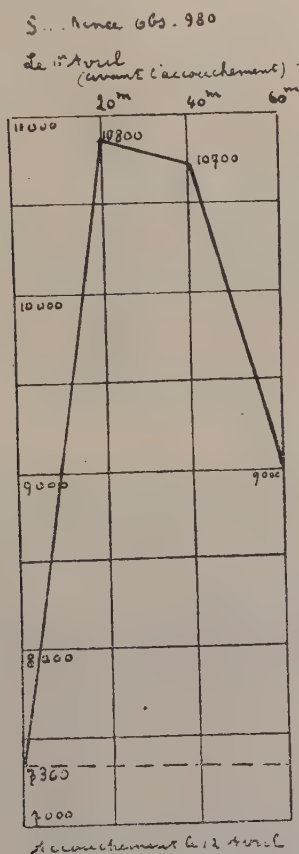
Gestation actuelle. — Dernières règles : 20 juin.

23 mars. — Hospitalisée à la Maternité avec le diagnostic suivant : Hauteur utérine : 30 cm. Gestation près du terme. Au palper, tête mobile, ne débordant pas, mais n'appuyant pas au détroit supérieur. Dos à droite. Auscultation bonne.

Au toucher, col long, promontoire inaccessible.

Symphyse pubienne très en bas et en arrière.

Urines : pas d'albumine.



12 avril. — 15 h. : Apparition des premières douleurs.
A l'examen, sommet qui s'engage en O I D P. Bruits
du cœur bons. Pas d'albumine. Dilatation : 50 cent.

24 h. 30 : Dilatation complète. Rupture artificielle de
la poche des eaux.

Accouchement spontané. Fille vivante pesant 2930
grammes.

Délivrance naturelle et complète. Placenta : 500 gr.

Suites de couches normales.

24 avril. — Partie en bon état. Enfant en bonne san-
té.

L'épreuve hémoclasique est pratiquée dix jours avant
l'accouchement et l'on a ici une hyperleucocytose qui est
la plus considérable de toutes celles que nous avons pu
rencontrer, de 7300 globules blancs on monte à 10.800.
L'accouchement est normal, la femme ne présente pas
d'albumine dans ses urines.

L'épreuve hémoclasique post-partum n'est pas faite.

OBSERVATION III

M... Louise, 24 ans, receveuse.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 47 ans d'un
cancer.

Antécédents personnels. — Elevée au sein maternel.

Premiers pas à un an.

Réglée à 15 ans.

Dit n'avoir jamais été malade.

Gestation actuelle. — Primipare. Dernières règles : fin
mai.

28 janvier 1921. — Admise à Désormeaux avec le dia-
gnostic suivant :

Tête mobile. Dos à droite.

Enfant vivant. Col long. Urines normales.

Toucher : Promontoire plutôt bas, à 9,7.

Sacrum concave. Type de bassin annelé.

La tête ne déborde pas.

3 avril. — 20 h. : Premières contractions douloureuses.

21 h. : Tête qui se fixe. Dos à gauche.

Dilatation : 1 fr. Pas d'albumine.

21 h. 30 : Rupture de la poche des eaux.

Tête fixée, bien fléchie, qui s'engage.

Dos à gauche. Bruits du cœur bons.

Engagement en asynclitisme postérieur.

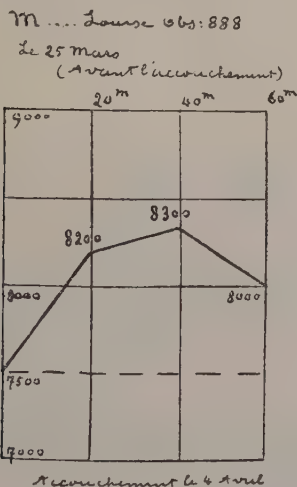
4 avril. — 10 h. : Dilatation complète.

12 h. 30 : Accouchement spontané.

Garçon né étonné, criant après désobstruction des voies aériennes. Poids : 3270 gr.

13 h. 15 : Délivrance naturelle.

Placenta : 650 gr. Rétention presque totale de la caduque.



Suites de couches : rétention de lochies au 6^e jour, expulsées avec quelques débris de caduque.

23 avril. — Sortie en bon état. Enfant en bonne santé.

L'épreuve hémoclasique est faite onze jours avant l'accouchement, épreuve négative chez une femme ne présentant pas d'albumine. Un deuxième examen post-partum n'est pas pratiqué.

OBSERVATION IV

L... Madeleine, 33 ans, infirmière.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Nourrie au biberon.

Rougeole à 4 ans.

Scarlatine à 17 ans.

Grippe à 31 ans.

Crise d'urémie à 30 ans ? II Pare.

Antécédents obstétricaux. — Première gestation en 1920. Troubles sympathiques de la gestation.

28 mars. — Accouchement spontané au terme de 7 mois $\frac{1}{2}$ de 2 garçons débiles : l'un vécut 5 jours ; l'autre, 27 jours.

Gestation actuelle. — Dernières règles : 15 juin.

La femme a consulté fréquemment au cours de sa gestation.

7 mars. — Est admise à la Maternité pour tête mobile et excès de liquide. Bruits du cœur bons. Pas d'albumine.

11 mars. — 16 h. : Premières contractions utérines douloureuses.

A l'examen, col diminué de longueur. Orifice externe perméable au doigt. Bruits du cœur bons. Pas d'albumine. Température : 37°5.

14 mars. — 14 h. 40 : Sommet O I D P. Accouchement spontané.

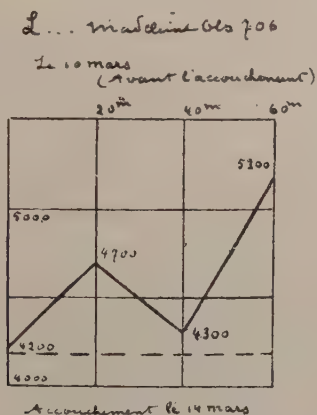
Garçon vivant pesant : 2800 gr.

35' après, délivrance naturelle et complète.

Placenta : 440 gr.

Suites de couches : lymphangite du sein le 4^e jour.

31 mars. — Sortie en bon état. L'enfant est vivant bien portant.



L'épreuve hémoclasique pratiquée quatre jours avant l'accouchement est négative, la courbe de la numération leucocytaire présente bien une oscillation à la 40^e minute qui suit l'examen, mais cette chute ne tombe point au-dessous de la leucocytose initiale.

En somme, hémoclasie négative chez une femme en bonne santé apparente et dont l'accouchement s'est passé sans incident et sans qu'on ait pu constater la présence d'albumine pendant la période du travail.

OBSERVATION V

P... Henriette, 22 ans, femme de chambre.

Antécédents héréditaires. — Mère décédée de fièvre typhoïde.

Sœur décédée de fièvre typhoïde.

Antécédents personnels. — Allaitement ? Marche ?

Réglée à 14 ans.

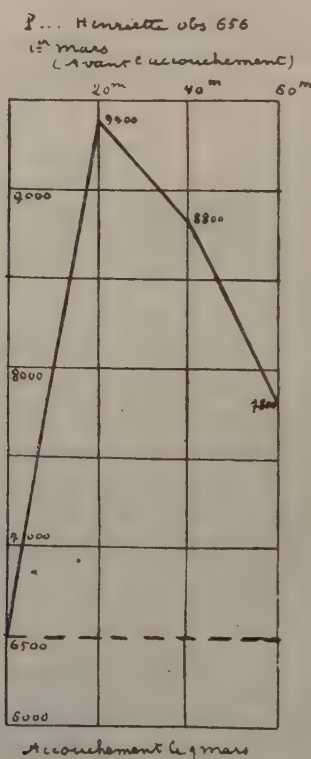
Fièvre typhoïde à 12 ans.

Antécédents obstétricaux. — Première gestation en 1919.

Accouchement spontané. Fille morte à l'âge de trois mois. Suites de couches normales.

Gestation actuelle. — Dernières règles : 1/6 juin.

27 janvier. — Admise à Désormeaux pour urines albumineuses.



A l'examen, sommet qui s'engage en O I G A. Bruits du cœur bons.

9 mars. — 3 h. : Premières contractions douloureuses.

4 h. : Dilatation complète.

4 h. 50 : Accouchement spontané. Pas d'albumine.

Fille vivante pesant : 3020 gr.

5 h. 35 : Délivrance naturelle et complète.

Placenta : 480 gr.

Suites de couches normales.

21 mars. — Sortie en bon état. Enfant en bonne santé.

Cette femme est entrée le 27 janvier pour urines albumineuses, mise pendant quelques jours au régime lacté, son albumine disparaît. L'épreuve hémoclasique est faite le 1^{er} mars. L'albumine ayant disparu, elle est tout à fait négative ; l'hyperleucocytose est même très accentuée : de 6500 elle monte à 9400 globules blancs. L'intoxication qui s'était manifestée auparavant par l'albuminurie doit donc être considérée comme complètement disparue. L'accouchement se fait normalement, pas d'albumine au cours du travail.

OBSERVATION VI

C... Paule, 20 ans, sans profession.

1^{er} avril. — La femme est admise au dortoir avec le diagnostic suivant :

I Pare. Dernières règles : 2 juillet.

Grossesse près du terme.

Hauteur utérine : 34 cm.

Tête haute, mobile. Dos à gauche.

Enfant vivant.

Col long, fermé.

Bassin normal.

Urines : pas d'albumine.

30 avril. — La femme est envoyée en ville chez une sage-femme agréée, avec le diagnostic suivant :

Grossesse à terme.

Sommet engagé en O I G A.

Bruits du cœur bons.

Dilatation : 2 fr.

Membranes intactes.

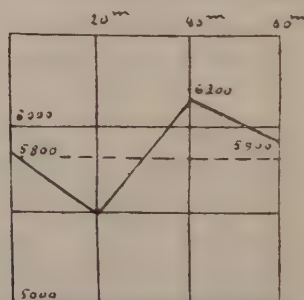
Urines normales.

Accouchement spontané. Enfant vivant.

Suites de couches normales.

11 mai. — Partie en bon état. Enfant en bonne santé.

C... Paula (femme
envoyée en ville)
Le 20 Avril (avant l'accouchement)



Accouchement le 30 Avril

L'examen de la courbe hémoclasique montre bien une chute à la vingtième minute, mais cette leucopénie minime de 300 globules blancs ne dépasse guère le taux d'une erreur inévitable dans une numération globulaire. Et il semble qu'il faille bien plutôt considérer ici l'hémoclasie comme négative.

La femme au reste n'a jamais présenté d'albumine, et son accouchement a été normal.

OBSERVATION VII

L... Germaine, 21 ans, cuisinière.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — A marché à 15 mois.

Réglée à 13 ans.

Croup à 18 mois.

Rougeole à 8 mois.

I Pare. Gestation actuelle. Dernières règles : 20 juillet.

A eu des vomissements fréquents pendant les quatre premiers mois de sa gestation.

9 avril. — Admise à la Maternité avec le diagnostic suivant :

Hauteur utérine : 32 cm.

Tête mobile, tendant à fuir dans la fosse iliaque gauche.

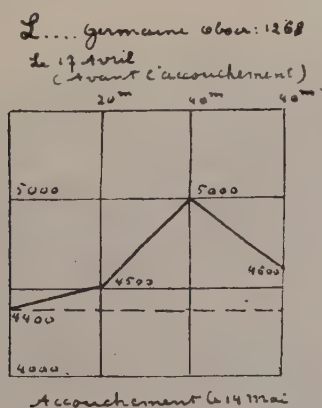
Dos à gauche. Enfant vivant.

Léger excès de liquide.

Urines : pas d'albumine.

11 mai. — 1 h. : On pose une ceinture eutocique.

Rupture des membranes.



11 mai. — 24 h. : Premières contractions utérines douloureuses.

Col en voie d'effacement. Urines normales.

13 mai. — 9 h. 45 : Léger œdème au pourtour du col.

14 mai. — 7 h. : Dilatation complète. Tête engagée en gauche transverse.

14 mai. — 7 h. 45 : Accouchement spontané. Garçon vivant pesant 3600 gr.

Délivrance naturelle et complète, 45 minutes après.

Placenta : 500 gr.

Suites de couches normales.

L'épreuve hémoclasique est faite au cours du 8^e mois de la gestation, et pourtant l'épreuve n'est que faiblement négative. L'accouchement est normal. Absence d'albuminurie.

L'épreuve hémoclasique après l'accouchement n'a pas été pratiquée.

OBSERVATION VIII

D..., 24 ans, employée de bureau.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — A marché à 9 mois.

A été réglée à 14 ans.

Grippe en 1920.

1^{re} gestation en 1919. Accouchement spontané. Fille vivante pesant 3750 gr. Suites de couches normales.

Gestation actuelle. Dernières règles : 11 novembre.

Gestation de 4 mois environ. Pas d'albumine.

8 mars. — La femme a quelques douleurs.

Lavement laudanisé. Repos.

9 mars. — La femme perd un peu de sang et vomit.

Toucher : Col en voie d'effacement, perméable à l'orifice externe. Lavement laudanisé.

10 mars. — Lavement laudanisé. La femme vomit.

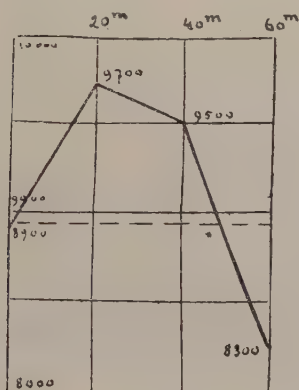
12 mars. — Petite perte de sang. La femme est descendue à la salle Lachapelle.

15 mars. — Col long, perméable à l'orifice externe. La femme est remontée à Désormeaux.

2 avril. — Partie chez elle en bon état.

②.... (4^e mois)

Le 17 mars.



La femme étant entrée pour menace d'avortement au cours du 4^e mois, c'est à cette période que l'épreuve de l'hémoclasie est faite ; elle est négative, cependant nous devons signaler une chute tardive à la soixantième minute. La femme est repartie chez elle et un deuxième examen n'a pu être fait.

GROUPE B

Résultats nettement positif

OBSERVATION IX

V... Alice, 24 ans, fleuriste.

Antécédents héréditaires. — Mère décédée à 38 ans d'une maladie de cœur.

Antécédents personnels. — Jumelle. Allaitement ? Premiers pas ?

Réglée à 14 ans.

Bronchite à 3 ans, depuis bien portante.

Primipare. Dernières règles : 30 juin au 5 juillet.

Troubles sympathiques durant la gestation.

7 avril. — Hauteur utérine : 30 cm.

Tête mobile qui ne déborde pas. Bruits du cœur bons.

Toucher : col fermé.

Bassin généralement rétréci.

Promontoire haut. Promonto sous-pubien : 10,4.

Sacrum entièrement plat.

Urines normales.

18 avril. — 7 h. : Quelques douleurs.

9 h. : Rupture spontanée des membranes.

Dilatation entre 5 fr. et petite paume. Pas d'albumine.

31 h. : Accouchement spontané à terme. O I G A. O P.

Garçon vivant pesant 3120 gr.

13 h. 50 : Délivrance naturelle, complète.

Placenta : 470 gr.

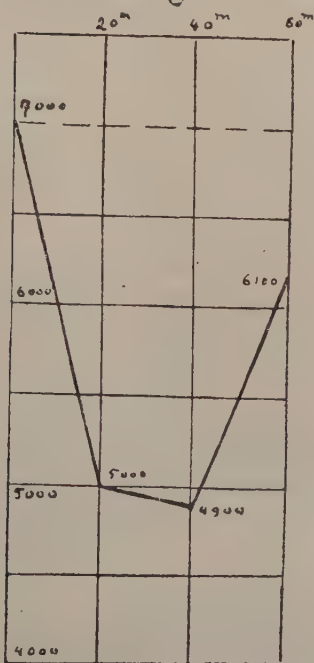
Suites de couches normales.

30 avril. — Sortie en bon état. Enfant en bonne santé.

L'épreuve hémoclasique a été faite huit jours avant l'accouchement, épreuve positive, la leucopénie à la vingtième minute montre une chute de 2000 globules blancs,

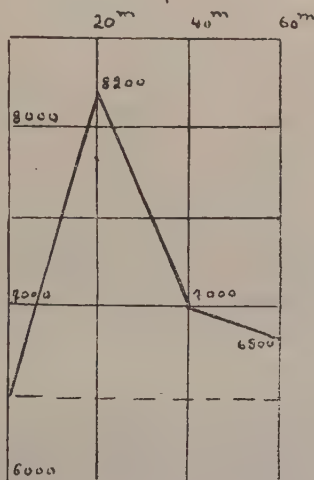
et cette chute se poursuit à la quarantième minute, puis à la soixantième minute la courbe se relève mais sans atteindre le point de départ.

Ver... Alice (obs. 1023)
22 10 Avril (avant l'accouchement)



Accouchement 218 Avril

Ver... Alice (obs. 1023)
22 5 Avril (après l'accouchement)



Accouchement normal, sans que l'on découvre d'albiminurie. La deuxième épreuve hémoclasique est pratiquée sept jours après l'accouchement, elle est alors devenue négative.

OBSERVATION X

P... (Emilie), 20 ans, domestique.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — A marché à 10 mois, réglée à 11 ans régulièrement, rougeole et oreillons dans l'enfance.

Gestation actuelle. — Primipare, dernières règles du 20 au 23 juin. Est admise au dortoir le 24 mars 1921 avec le diagnostic suivant :

Hauteur utérine, 31 cm.

Tête engagée en droite postérieure.

Bruits du cœur bons.

Urines normales. Tension artérielle 11/6.

Un peu de leucorrhée (Traitement un ovule d'argyrol).

Le 31 mars, à 20 h., la femme présente ses premières contractions utérines douloureuses.

Le 1^{er} avril, à 6 h. 30, la dilatation est comme cinq francs, on fait à la femme une injection de 1 cm³ de pantopon ; les contractions continuent à être régulières, mais sont beaucoup moins douloureuses.

Pas d'albumine dans les urines.

A 7 h. 45 : la dilatation se complète.

A 9 h. 45 : accouchement spontané d'un garçon vivant qui crie immédiatement. Poids de l'enfant : 3820 grammes.

Une heure après, délivrance naturelle et complète.

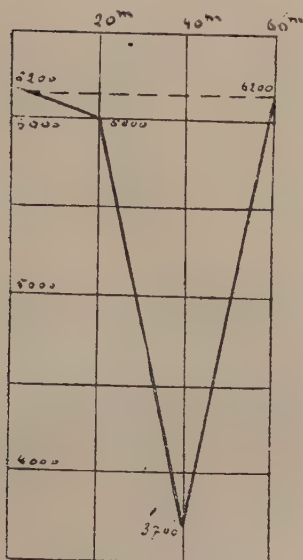
Poids du placenta : 590 gr.

Suites de couches normales. La femme et l'enfant quittent le service en bon état de santé le 11 avril 1921.

L'épreuve de l'hémoclasie est faite cinq jours avant l'accouchement : épreuve positive mais surtout à partir de la quarantième minute.

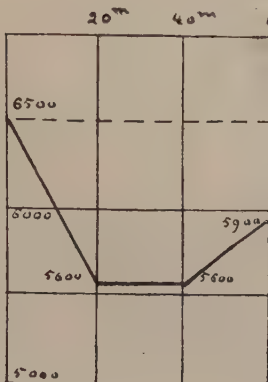
L'accouchement est normal, pas d'albumine dans les

P... Emélie - 66 ans 41 (52 ans)
Le 28 mars (avant l'accouchement)



Accouchement le 5 avril

P... (Emélie) 66 ans 41 (52 ans)
Le 5 avril (Après l'accouchement)



urines. (Nous devons signaler que la femme a reçu une injection de 1 cm³ de Pantopon durant sa période douloureuse).

L'épreuve hémoclasique post-partum a été pratiquée cinq jours après l'accouchement. On constate que la leucopénie existe toujours, mais bien moindre, la chute n'atteint pas mille globules blancs.

OBSERVATION XI

F... Angèle, 32 ans, sans profession.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Régliée à 12 ans. N'a jamais été malade.

Gestation actuelle : 1 Pare. Dernières règles : 21 juillet.

9 avril. — Admise à Désormeaux.

Examen de la femme : Hauteur utérine 31 cm.

Tête mobile, fuyant dans la fosse iliaque.

Ceinture entocique.

12 avril. — La tête se fixe. Dos à gauche. Auscultation bonne. Toucher : La tête pointe dans l'excavation, empêchant d'atteindre le promontoire.

Urines : pas d'albumine.

3 mai. — Sommet engagé en O I G A. Enfant vivant.

Urines normales.

4 mai. — 24 h. : Apparition des premières douleurs.

5 mai. — 1 h. 30 : La femme est amenée à la salle de travail.

Dilatation 5 fr. Bruits du cœur bons.

Urines normales.

9 h. 45 : Rupture spontanée des membranes.

15 h. 45 : Dilatation complète.

16 h. 10 : Accouchement spontané. Garçon vivant pesant 3.670 gr.

16 h. 30 : Délivrance naturelle et complète.

Poids du placenta : 480 gr.

Suites de couches normales.

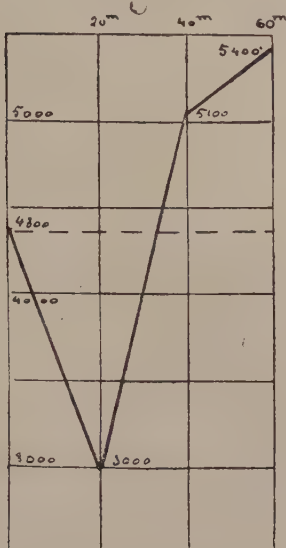
18 mai. — Partie en bon état. Enfant en bonne santé.

L'épreuve hémoclasique est faite dix-huit jours avant l'accouchement, le résultat en est positif à la vingtième minute, au delà apparaît de l'hyperleucocytose.

Accouchement normal sans albuminurie.

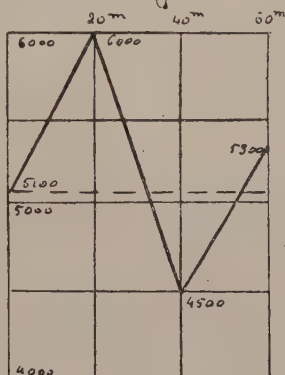
Dans le post-partum une deuxième épreuve hémoclasique est pratiquée le 7^e jour, on note un résultat négatif à la vingtième minute, suivi d'une leucopénie légère à la quarantième minute.

F... Angèle (obs. 1191)
de 17 avril (avant l'accouchement)



Accouchement le 5 mai

F... Angèle (obs. 1191)
le 12 mai (après l'accouchement)



En somme, courbe oscillante répondant plutôt à un résultat négatif.

OBSERVATION XII

S... Marie, domestique, 27 ans.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler du côté des parents actuellement vivants, mais deux sœurs mortes, l'une de pleurésie, l'autre de péritonite ?

Antécédents personnels. — Régliée à 13 ans, depuis très régulièrement. Antécédents pathologiques : scarlatine à 6 ans, grippe à 25 ans. Ulcère variqueux à la jambe gauche actuellement non cicatrisé.

Gestation actuelle. — I pare, dernières règles 10 juillet 1920. A présenté au cours du 7^e mois de gestation de petites hémorragies qui la font entrer à la Maternité le 5 mars où l'on fait les constatations suivantes : tête qui se fixe, dos à droite. Enfant vivant. Urines normales.

Le 29 avril. — A 24 h. : premières contractions utérines douloureuses. La tête est en O I D P ; la dilatation est de 1 fr. ; les bruits du cœur bons, les urines légèrement troubles.

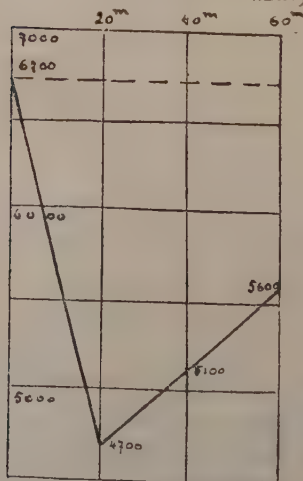
Le 30 avril. — A 16 h. 30 : la dilatation est complète. A 17 h. 45 accouchement spontané. Fille vivante du poids de 3420 gr. Albumine dans les urines.

Délivrance naturelle et complète 45 minutes après l'accouchement. Placenta : 600 gr. Insertion basse.

Pérиморraphie : 2 crins, 2 catguts.

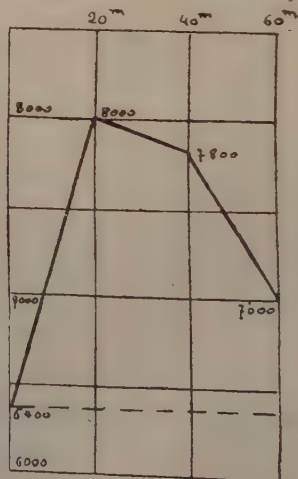
Suites de couches normales, légère induration du sein gauche. Le 2 mai 1 gr. d'albumine au tube d'Es-

S....marie (Obs : 1132)
Le 15 mars (avant l'accouchement)



accouchement le 30 avril

S....marie (Obs : 1132)
Le 8 mai (après l'accouchement)



bach. Régime lacté ; le 3 mai 0 gr. 50, le 4 plus d'albumine.

Le 12 mai la femme et l'enfant sortent de la Maternité.

L'épreuve hémoclasique est faite au milieu du 8^e mois de la gestation, épreuve positive et à cette période la femme ne présente pas d'albuminurie.

Au moment du travail, l'albumine apparaît et trois jours après l'accouchement on a encore 2 gr. d'albumine au tube d'Esbach.

La deuxième épreuve hémoclasique est pratiquée le 8^e jour qui suit l'accouchement, la leucopénie fait place alors à une hyperleucocytose.

OBSERVATION XIII

D... Eugénie; 26 ans, domestique.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Age de la marche ? Nourrie ? Réglée à 11 ans.

III Pare. Accouchements antérieurs à terme, spontanés.

Gestation actuelle. — Dernières règles : fin juillet.

Hauteur utérine : 32 cm.

Tête mobile. Dos à gauche.

Bruits du cœur bons.

Urines normales. Température : 36°7.

5 avril. — 18 h. : Premières contractions douloureuses. — Pas d'albumine.

22 h. 30 : Dilatation complète. Rupture artificielle des membranes.

22 h. 45 : Accouchement spontané.

Garçon vivant, pesant : 2950 gr.

23 h. 30 : Délivrance naturelle et complète.

Placenta : 500 gr.

Suites de couches : utérus douloureux vers le 4^e jour.

Angine.

Chute de la température au bout de 2 jours.

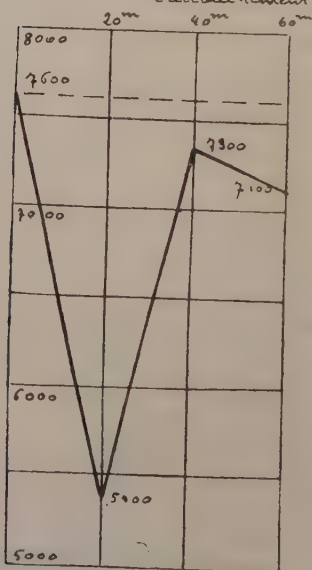
19 avril. — Sortie en bon état. Enfant en bonne santé.

L'épreuve hémoclasique est faite trois jours avant l'accouchement, épreuve positive.

L'accouchement se fait normalement, pas d'albuminurie.

D... Eugénie (obs 898)

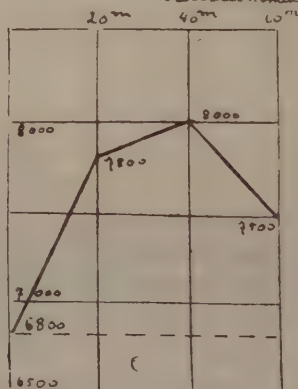
Le 2 Avril (avant l'accouchement)



Accouchement le 5 Avril

D... Eugénie (obs 895)

Le 10 Avril (après l'accouchement)



Cinq jours après l'accouchement nouvelle épreuve hémoclasique qui est alors devenue franchement négative.

OBSERVATION XIV

P... Yvonne, 18 ans, ménagère.

Antécédents héréditaires. — Père présente maladie de cœur. Mère bien portante.

Antécédents personnels. — Nourrie au sein maternel.

Rougeole dans l'enfance.

Opérée d'une hernie double à 2 ans.

Gestation actuelle : Primipare. Entre le 5 mars à la Maternité.

Dernières règles : 5 juillet.

A présenté des troubles sympathiques très marqués au cours de sa gestation.

OEdème des membres inférieurs au début. Pas d'albumine.

A consulté fréquemment au cours de sa gestation.

A son entrée, la tête est fixée, le dos à gauche, enfant vivant. Au toucher, col perméable.

Membranes rompues (pertes de sang il y a 5 jours).

Urines normales. Température : 37°.

1^{er} avril. — Premières contractions douloureuses.

4 h. 30 : Sommet engagé en O I G A.

Membranes rompues.

Dilatation entre 2 et 5 fr.

Bruits du cœur bons. Pas d'albumine.

7 h. 55 : Accouchement spontané au terme de 8 mois $\frac{1}{2}$ environ.

Garçon vivant pesant : 2600 gr.

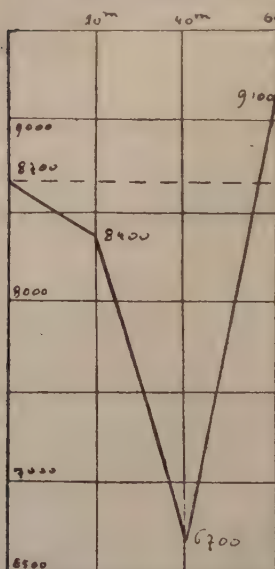
8 h. 45 : Délivrance naturelle et complète.

Placenta : 400 gr.

Suites de couches normales, avec cependant, vers le huitième jour, un peu d'inflammation des glandes de Bartholin.

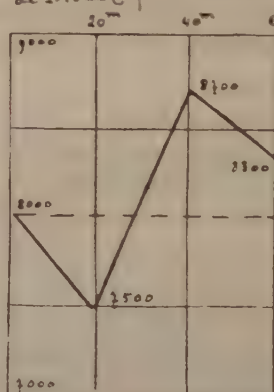
12 avril. — Sortie en bon état. Enfant en bonne santé.

P... Yvonne (obs 865)
avant
le 25 Mars (l'accouchement)



Accouchement le 15 Avril

P... Yvonne (Obs 865)
le 15 Avril (après l'accouchement)



L'épreuve hémoclasique est faite six jours avant l'accouchement, le résultat en est positif.

L'accouchement se fait normalement. Pas d'albumine dans les urines.

Nouvelle épreuve cinq jours après l'accouchement. La courbe présente des oscillations mais tend à devenir négative.

OBSERVATION XV

V... Louise, 26 ans, cultivatrice.

Antécédents héréditaires. — Père mort de pleurésie.

Mère morte ?

Antécédents personnels. — Elevée au sein maternel.

Réglée à 19 ans.

Rougeole à 9 ans.

29 mars. — Admise à Désormeaux avec le diagnostic suivant :

1 Pare. Dernières règles : 19 juillet. Hauteur utérine : 32 cm.

Tête mobile, qui fuit dans la fosse iliaque gauche

Dos à droite.

Enfant vivant.

Urines normales.

Toucher. Bassin aplati. Promontoir à bout de doigt.

On met à la femme une ceinture eutocique.

19 avril. — Tête mobile. Dos à gauche. Enfant vivant.

Urines normales.

21 avril. — 8 h. 30 : Premières contractions utérines douloureuses.

22 avril. — 22 h. : Admise à la salle de travail où l'on fait les constatations suivantes :

Sommet qui s'engage en asynclitisme antérieur.

Dos à gauche. Bruits du cœur bons.

Dilatation : 50 cent.

L'examen des urines montre qu'elles sont légèrement albumineuses. Tension artérielle : 19-9. Pouls : 104.

Traitement : Grand lavement. 30 gr. eau-de-vie allemande.

23 avril. — 9 h. 50 : Tête engagée. Dilatation complète.

Rupture artificielle des membranes.

10 h. 30 : Forceps sur sommet en gauche antérieure pour lenteur dans la période d'expulsion et cyanose de la femme.

Extraction d'un garçon en état de mort apparente (liquide purée de méconium).

Poids de l'enfant : 2860 gr.

Délivrance naturelle et complète 45 minutes après.

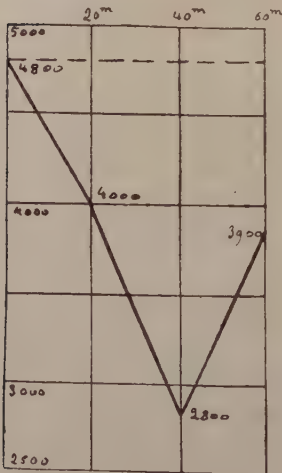
Poids du placenta : 520 gr.

L'albumine disparaît dans les 2 jours qui suivent l'accouchement.

Suites de couches normales.

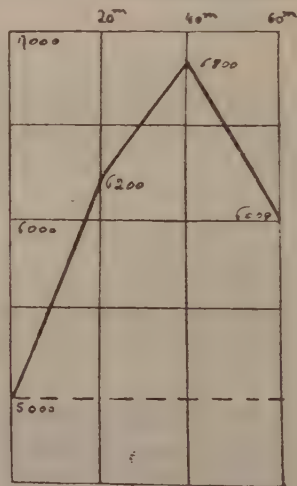
10 mai. — Partie en bon état. Enfant en bonne santé.

V... Louise (obs. 1059)
de 17 avril (avant l'accouchement)



Accouchement le 23 Avril

V... Louise (obs. 1069)
de 8 mai (après l'accouchement)



L'épreuve hémoclasique est faite six jours avant l'accouchement; il n'y a pas, à ce moment, d'albumine dans les urines, l'épreuve est cependant franchement positive.

Pendant le travail de l'albumine apparaît avec une tension artérielle élevée de 19/9. Une application de forceps est faite pour lenteur de la période d'expulsion.

Deuxième épreuve seize jours après l'accouchement, l'épreuve est devenue négative.

Résultats discutables

OBSERVATION XVI

F... Gabrielle, 24 ans.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Elevée au biberon.

Premiers pas à 10 mois.

Coxalgie à 18 mois, soignée jusqu'à l'âge de 14 ans.

Fièvre typhoïde en 1919.

Gestation actuelle : Primipare. Dernières règles : 24 juin.

11 mars. — La femme est admise à Désormeaux avec le diagnostic suivant :

Hauteur utérine : 30 cm.

Siège mobile. Dos à droite. Enfant vivant.

Toucher. Bassin pseudo-oblique ovalaire, avec aplatissement du côté gauche, côté malade.

On n'atteint pas le promontoire, le sacrum est concave.

Palpation de la hanche. Luxation pathologique avec ascension du grand trochanter.

Urines normales. Température : 36°8.

Premières contractions douloureuses.

30 mars. — 24 h. : Tête qui s'engage en O I G A.

Bruits du cœur bons. Membranes intactes.

Col en voie d'effacement. Pas d'albumine.

31 mars. — 7 h. : Contractions plus intenses.

7 h. 45 : Dilatation complète. Rupture artificielle des membranes.

Accouchement spontané. Fille vivante : 2470 gr.

8 h. 45 : Délivrance naturelle et complète.

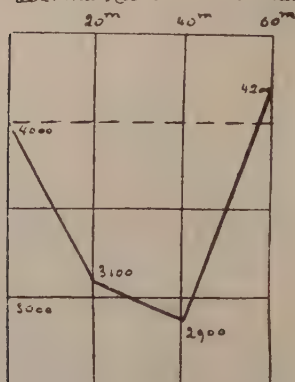
Placenta : 470 gr.

Suites de couches normales.

10 avril. — Sortie en bon état. Enfant en bonne santé.

F.... Gabrielle (obsⁿ 855)

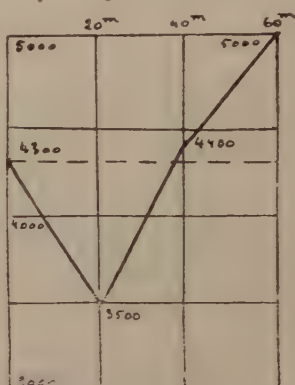
Le 25 mars (avant l'accouchement)



Accouchement le 31 mars

F.... Gabrielle (obsⁿ 855)

Le 2 avril (Après l'accouchement)



L'épreuve hémoclasique est faite six jours avant l'accouchement. Epreuve légèrement positive, la chute leucopénique dépasse à peine 1000 globules blancs.

Accouchement normal. Pas d'albumine dans les urines. La deuxième épreuve hémoclasique est pratiquée sept jours après l'accouchement ; l'épreuve est encore légèrement positive. A noter des antécédents assez chargés ; coxalgie à 18 mois et fièvre typhoïde en 1919.

OBSERVATION XVII

M... Mathilde, 29 ans, domestique.

Antécédents héréditaires. — Néant.

Antécédents personnels. — Elevée au sein maternel.

Réglée à 16 ans.

Rougeole à 22 ans.

N'a jamais été malade depuis.

I Pare. Dernières règles : 15 juin.

11 mars. — Entre à la Maternité où l'on fait les constatations suivantes :

Tête en bas, mobile, ne débordant pas.

Dos à gauche.

Enfant vivant.

Promontoire à 10,4.

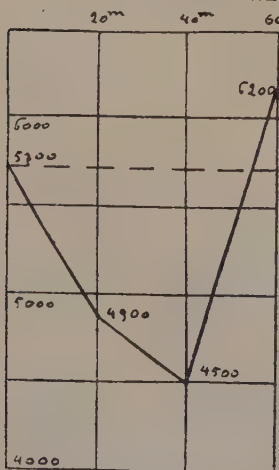
Urines normales.

24 mars. — 23 h. 30 : Premières contractions douloureuses.

25 mars. — 2 h. : Rupture précoce des membranes, à dilatation de 50 cent. Pas d'albumine.

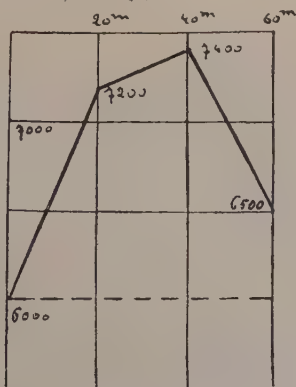
On assiste à l'engagement de la tête en gauche antérieure. La dilatation se complète. Bruits du cœur bons.

m... matélse (obs 801)
de 15 mars (Avant l'accouchement)



Accouchement le 25 mars

m... matélse (obs 801)
de 5 avril (après l'accouchement)



9 h. 25 : Accouchement spontané. Garçon vivant pesant 4000 gr.

Délivrance naturelle et complète 45 minutes après. Poids du placenta : 670 gr.

Suites de couches normales.

12 avril. — Partie en bon état. Enfant en bonne santé.

L'épreuve hémoclasique est faite dix jours avant l'accouchement ; résultat légèrement positif, la chute leucopénique est de 1200 globules blancs.

Accouchement normal, pas d'albumine constatée au moment du travail.

Onze jours après l'accouchement on pratique une deuxième épreuve hémoclasique qui est alors négative.

OBSERVATION XVIII

S... Marie-Louise, 22 ans.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Elevée au biberon. Régliée à dix ans. Pas d'antécédents pathologiques.

II pare. Première gestation en 1919. Césarienne conservatrice. Garçon vivant du poids de 2.000, mort trois jours après, suites opératoires normales.

Gestation actuelle. — Dernières règles 28 juin. Vient consulter le 21 février 1921, est admise au dortoir où l'on fait le diagnostic suivant : gestation de huit mois. siège mobile, enfant vivant, dos à droite. Au toucher bassin annelé, promontoire à 10,5.

La femme est surveillée attentivement durant tout le cours de sa gestation. Urines normales.

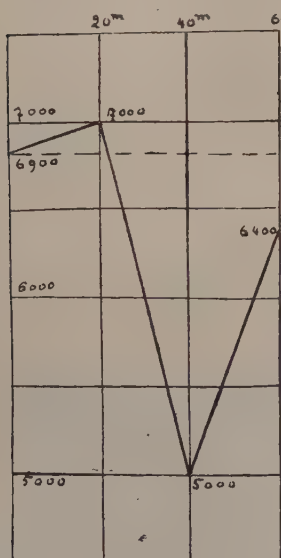
Le 12 mars, à 15 h., la femme présente les premières contractions utérines douloureuses et étant donné la petitesse du fœtus qui se présente maintenant par son ex-

trémité céphalique, extrémité qui ne déborde pas la symphyse, étant donné que les suites opératoires de la première intervention ont été normales, on ne pense pas à une césarienne, même si le travail se déclare franchement. Mais les douleurs s'arrêtent et la femme qui avait été descendue à la salle de travail est remontée au dortoir où elle est de nouveau surveillée. Pas d'albumine.

Le 10 avril, à 16 h., réapparition des contractions utérines douloureuses et l'on fait les constatations suivantes : la tête d'abord mobile s'engage en un asynclitisme postérieur. A 18 h., la tête est engagée en droite postérieure ; dilatation complète et rupture artificielle de la poche des eaux à 19 h. 45. Accouchement spontané d'un enfant du poids de 2.800 gr. Fille vivante. Pas

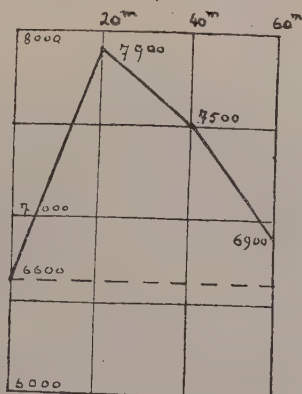
S... Marie-Louise (obs 969)

Le 10 mars (avant l'accouchement)



Accouchement le 10 Avril

S... Marie-Louise (obs 969)
le 20 Avril (après l'accouchement)



d'albumine. A 20 h. 40, délivrance naturelle et complète. Placenta : 600 gr.

Suites de couches normales. Etant donné le poids du placenta, on a fait une série de frictions mercurielles à l'enfant.

Le 28 avril, la mère et l'enfant quittent la Maternité en bonne santé.

L'épreuve hémoclasique est faite à la fin du huitième mois, la chute leucopénique est de 1900 globules blancs, on atteint donc ici presque le taux d'une leucopénie franchement positive.

Accouchement spontané, pas d'albuminurie.

Dix jours après l'accouchement nouvelle épreuve hémoclasique. Elle est franchement négative.

OBSERVATION XIX

(Service de M. Le Lorier)

C... Camille, 31 ans, domestique.

Antécédents héréditaires. — Un frère mort à 18 ans de tuberculose.

Une sœur morte à 33 ans de péritonite.

Antécédents personnels. — Réglée à 15 ans.

Group à 15 ans.

Fièvre typhoïde à 28 ans.

I Pare. Entre le 24 mars dans le service avec le diagnostic suivant :

Dernières règles 15-18 août.

Hauteur utérine : 27 cm. Gestation de 7 mois environ.

Tête en bas, mobile. Dos à droite. Enfant vivant.

Bassin normal. Urines normales. Tension 5/10.

28 mars. — Première épreuve d'hémoclasie digestive.

8 avril. — Hauteur utérine 30 cm.

Tête fixée. Dos à droite. Enfant vivant.

Urines normales. Tension : 6/10.

16 mai. — 0 h. : Apparition de quelques douleurs.

17 mai. — Douleurs plus fortes. Pas d'albumine dans les urines. Tension : 6/10.

Deuxième épreuve d'hémoclasie digestive.

14 h. : A l'examen :

Membranes intactes. Dilatation : 1 fr.

A travers les membranes, on sent la racine du nez, les globes oculaires, au loin, le menton. La présentation est une face en M I G A.

18 mai. — 1 h. 30 : Dilatation complète. Rupture artificielle des membranes.

2 h. 30 : Accouchement spontané. Episiotomie.

Fille vivante pesant : 3640 gr.

Délivrance naturelle et complète. Placenta : 780 gr.

23 mai. — Lochies légèrement fétides (injections vaginales ; glace sur le ventre).

24 mai. — Wassermann faiblement positif.

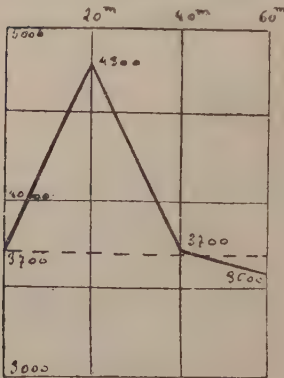
25 mai. — Lochies toujours fétides.

Nombreux râles de bronchite. Température : 38°8.

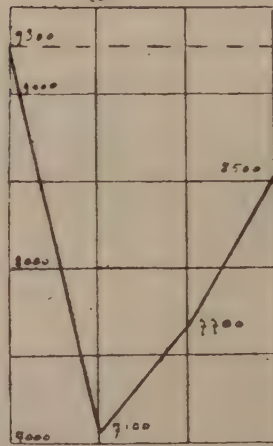
25 mai. — Troisième épreuve d'hémoclasie digestive.

La première épreuve hémoclasique est faite au cours du 8^e mois, l'épreuve est négative. La deuxième épreuve hémoclasique a lieu en pleine période de travail, celle-ci est devenue franchement positive, les urines examinées à ce moment ne présentent pas d'albumine. Une troisième épreuve hémoclasique est pratiquée six jours après l'accouchement, elle est encore positive mais légèrement. Chute leucopénique atteignant 1000 globules

C... Camille (S. de Lours
obs. 162)
28 mars (avant l'accouchement)

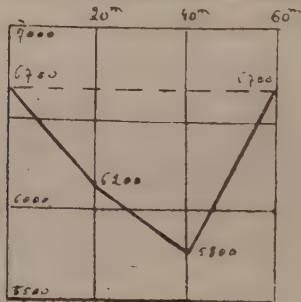


C... Camille (S. de Lours
obs. 162)
Le 17 mai (femme en Travail)



Accouchement le 8 mai

C... Camille (S. de Lours
obs. 162)
Le 25 mai (après l'accouchement)



blancs. A signaler que le jour de l'examen la femme présente de la fièvre : $38^{\circ}8$, des lochies fétides, de la bronchite.

II

**Observations de femmes présentant des signes
de Toxémie gravidique**

OBSERVATION XX

II... Hélène, 24 ans.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Allaitée au sein maternel.

Réglée à quinze ans.

Rougeole à quatre ans.

Gestation actuelle : I pare, dernières règles, 23 juin.

Est venue consulter cinq fois durant sa gestation, et l'on a noté une gestation en évolution normale, l'examen des urines a toujours été négatif.

26 mars. — Est hospitalisée à la Maternité avec le diagnostic suivant : Hauteur utérine : 33 cent. Gestation de huit mois trois quart. Tête mobile. Dos à droite. Auscultation bonne, col long fermé. Urines normales.

4 avril. — Hauteur utérine : 34 cent. Tête mobile. Dos à gauche. Bruits du cœur fœtal bons.

Urine albumineuse.

La femme est mise à un régime végétarien.

8 avril. — Léger louche dans les urines.

Vaginité granuleuse.

Régime végétarien.

12 avril. — A 15 h. 45, la parturiente présente de petites douleurs, en même temps elle se plaint de céphalée, absence de douleur épigastrique et de troubles viba-
bach. Tension artérielle : 19-10. Pouls : 88. Température : 37° 1.

— A l'examen général :

OEdème léger des membres inférieurs.

Au cœur, rien d'anormal.

Aux poumons, rien d'anormal. Examen ophtalmoscopique, rien à signaler.

Albumine dans les urines : 2 grammes au tube d'Esbach. Tension artérielle : 19-10. Pouls : 88. Température : 37°1.

— A l'examen obstétrical :

Tête mobile, tangeante au-détroit supérieur.

Dos à droite : Auscultation bonne.

Soins donnés à la femme, grand lavage intestinal. 30 grammes d'eau-de-vie allemande.

Régime lacté absolu.

13 avril. — 2 h. 15 : Dilatation complète. Rupture spontanée des membranes. Le liquide est teinté de méconium, mais les bruits du cœur restent bons.

3 h. 55 : Accouchement spontané. Garçon né en état de mort apparente. Ranimé après 20 minutes de soins. Poids de l'enfant : 3180 gr.

Délivrance naturelle et complète 45 minutes après l'accouchement. Placenta : 600 gr. Constatations d'infarctus anciens.

Suites de couches normales.

24 avril. — Partie en bon état. L'enfant étant bien portant.

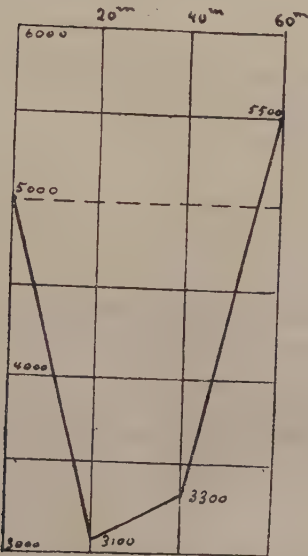
Si l'on compare l'histoire clinique aux deux courbes de numération leucocytaire, on note :

4 avril. — Constatation de présence d'albumine dans les urines.

6 avril. — L'épreuve de l'hémoclasie digestive pratiquée est positive, la leucopénie est considérable : de 5.000 globules blancs on tombe à 3.100. Cette chute de 1.900 est importante, surtout étant donné le faible taux leucocytaire normal. L'insuffisance hépatique est manifeste. Aussi ne doit-on pas être étonné de voir apparaître au moment du travail, le 12 avril, des phénomènes d'é-

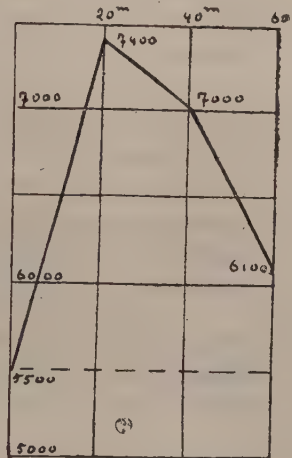
clampsisme avec céphalée, œdème des membres inférieurs, tension artérielle de 19/10 et 2 gr. d'albumine au tube d'Esbach. L'on est obligé de purger la femme, de lui donner un grand lavage intestinal.

H... Helena (obs 981)
le 6 Avril (avant l'accouchement)



Accouchement le 13 Avril

H... Helena (obs 981)
le 20 Avril (après l'accouchement)



L'accouchement a lieu sans incidents le 13 avril.

Le 20 avril, nouvelle épreuve hémoclasique, l'albuminurie est disparue et l'on a alors une hémoclasie négative. Il existe une hyperleucocytose qui de 5.500 monte à 7.400 globules blancs. L'insuffisance hépatique est disparue.

OBSERVATION XXI

V... Catherine, 30 ans, couturière.

Antécédents héréditaires. — Néant.

Antécédents personnels. — Rhumatisme dans l'enfance.

Gestation actuelle. — Primipare. Dernières règles : 8/12 juin.

10 mars. — La femme vient consulter. Admise à Désormeaux avec le diagnostic suivant :

Hauteur utérine : 31 cm.

Sommet O I G A.

Bruits du cœur bons.

Col effacé.

Urines albumineuses.

OEdème sus-pubien et des membres inférieurs.

Traitement : Purgation eau-de-vie allemande. Eau lactosé. Grand lavage intestinal.

11 mars. — Toujours albumine dans les urines.

Tension de 16-8 au Pachon.

Régime lacté.

15 mars. — 21 h. : Premières contractions douloureuses. La femme perd les eaux. Dilatation lenticulaire. Albumine dans les urines.

16 mars. — 1 h. 45 : Accouchement spontané.

Fille vivante pesant 2650 gr.

2 h. 30 : Délivrance naturelle et complète.

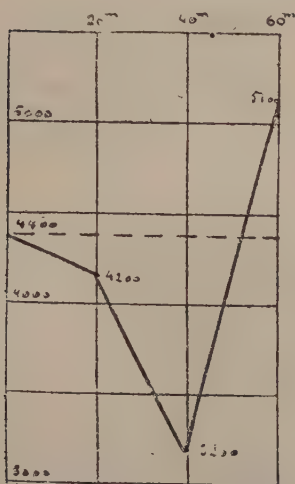
Placenta : 400 gr.

Suites de couches normales.

L'albumine disparaît.

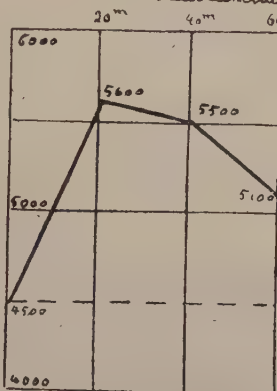
28 mars. — Partie en bon état. Enfant en bonne santé.

V.... Catherine (obser. 25)
 Le 13 mars (avant l'accouchement)



Accouchement le 15 mars

V.... Catherine (obser. 25)
 Le 22 mars (après l'accouchement)



L'épreuve de l'hémoclasie est faite trois jours avant l'accouchement. La femme présente de l'albumine dans ses urines, la tension artérielle est de 16/8, le résultat est positif.

Accouchement normal. L'albuminurie existe toujours.

Six jours après l'accouchement, deuxième épreuve hémoclasique, l'albuminurie étant disparue. Le résultat est négatif.

OBSERVATION XXII

P... Henriette, 27 ans, ménagère.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Elevée au sein. Premiers pas à un an.

Réglée à 14 ans.

Rougeole à 8 ans.

Antécédents obstétricaux. — 4 gestations antérieures normales.

Accouchements spontanés à terme. Enfants vivants.

Suites de couches normales.

Gestation actuelle. — Dernières règles : 22 mai.

Troubles sympathiques.

14 mars. — La femme vient consulter. Admise à Désormeaux pour urines albumineuses.

A l'examen : Hauteur utérine : 30 cm.

Sommet en O I D P.

Bruits du cœur bons.

Col en voie d'effacement.

Température : 37°8.

Examen médical. — Cœur : bruit de galop. Arythmie.

Traitement : purgation à l'eau-de-vie allemande. Régime lacté.

15 mars. — Température : 37°2. Pouls : 92. Tension artérielle : 14/8 au Pachon.

Bruits du cœur bons.

16 mars. — Pas de contractions utérines. Température : 37°. Pouls : 80. Tension artérielle au Pachon : 14-6. Albumine : 2 gr. 50.

26 mars. — 23 h. 45. Douleurs assez rapprochées.

Sommet engagé en O I D P. Enfant vivant. Membranes intactes. Dilatation : 2 fr. Urines albumineuses.

27 mars. — 1 h. : Rupture spontanée de la poche des eaux.

2 h. : Accouchement spontané. Garçon vivant, pesant 260 gr.

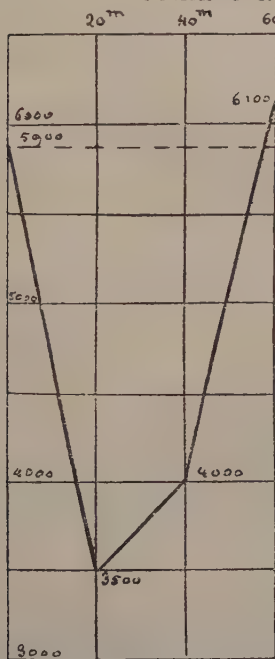
2 h. 40 : Délivrance naturelle, complète. Placenta : 380 gr.

Suite de couches normales.

La femme est mise au régime lacté pendant quelques jours (3 lavements, 2 purgations), puis régime normal. Plus d'albumine le 3 avril.

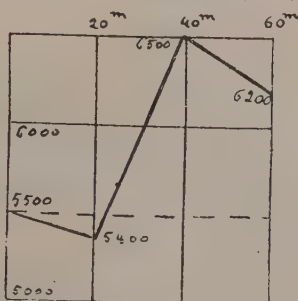
7 avril. — Sortie en bon état. Enfant en bonne santé.

P.... Henriette (668 810)
Le 15 mars (avant l'accouchement)



accouchement le 27 mars

P.... Henriette (668 810)
Le 5 Avril (après l'accouchement)
l'allaitement Supprime



L'épreuve de l'hémoclasie est faite douze jours avant l'accouchement. A ce moment la femme présente au tube d'Esbach 2 gr. 50 d'albumine dans les urines, sa

tension artérielle est de $14/8$. L'épreuve est franchement positive.

Accouchement normal. L'albumine persiste.

Deuxième épreuve hémoclasique dix jours après l'accouchement l'albuminurie ayant disparue, le résultat est devenu négatif.

OBSERVATION XXIII

H... Charlotte, 20 ans, ménagère.

3 mai. — La femme est admise salle Desormeaux, avec le diagnostic suivant :

I Pare. Dernières règles : 20 août.

Hauteur utérine : 37 cm.

Grossesse de 8 mois $1/4$.

Sommet qui s'engage.

Dos à droite.

Enfant vivant.

Col long.

OEdème sus-pubien. Varices vulvaires.

Urines albumineuses. Céphalée.

Température $37^{\circ}4$.

10 mai. — Sommet en O I G A. Enfant vivant.

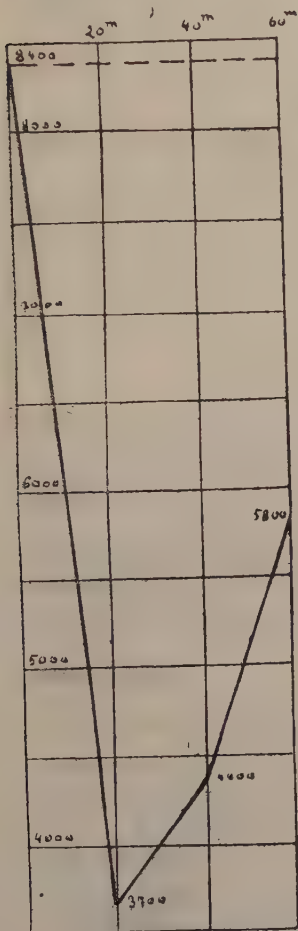
Urines albumineuses. Température : $36^{\circ}8$.

13 mai. — Sommet engagé en O I G A. Enfant vivant.

Les urines sont redevenues normales. La femme est mise à l'alimentation lacto-végétarienne.

L'épreuve hémoclasique est faite à la fin du neuvième

M... Charlotte
le 5 mai
(avant l'accouchement)



mois, la femme présentant de l'albumine et accusant de la céphalée, épreuve avec leucopénie très marquée.

La femme n'est pas encore accouchée.

OBSERVATION XXIV

W... Eugénie, 38 ans, sans profession.

4 mai. — La femme est admise à la salle Desormeaux, avec le diagnostic suivant :

1 Pare. Dernières règles : 1^{er} septembre.

Gestation de 7 mois environ.

Hauteur utérine : 29 cm.

Tête qui plonge dans l'excavation.

Dos à droite. Enfant vivant.

Col long. Urines albumineuses. Température : 37°2.

La femme est mise au régime lacté.

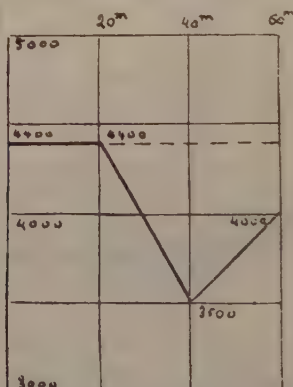
10 mai. — Tête mobile. Dos à droite.

Enfant vivant.

Les urines sont redevenues normales. La femme est mise au régime lacto-végétarien.

14 mai. — Tête mobile. Dos à droite.

W... Eugénie -
16 mai (avant accouchement)



Enfant vivant. Urines normales.

La femme est mise au régime normal.

La femme au cours de son septième mois de gestation

présente de l'albumine ; une épreuve hémoclasique est faite à cette période, épreuve à résultat faiblement positif.

La femme actuellement n'est pas encore accouchée.

OBSERVATION XXV

P... Augusta, 43 ans, épicière.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Elevée au sein.

Réglée à 13 ans.

Antécédents obstétricaux. — 1^{re} gestation en 1902.

Avortement de 6 semaines.

2^e gestation en 1904. Accouchement spontané à terme.

3^e gestation en 1908. Accouchement spontané à terme.

4^e gestation en 1913. Accouchement spontané à terme.

Les trois enfants sont vivants et bien portants.

Gestation actuelle. Dernières règles : en octobre.

Au début, la gestation évolue normalement, mais à la fin du quatrième mois, apparition d'albumine qui a pu atteindre jusqu'à 5 à 6 grammes. La femme a été mise au régime lacté. Il y a eu des alternatives de mieux ou de recrudescence dans l'albuminurie.

26 avril. — Douleur au niveau de l'estomac avec sensation d'étouffement. Bourdonnements d'oreille. Troubles visuels. En même temps, la femme perd du sang. La femme depuis 15 jours, ne sent plus remuer.

28 avril. — Entrée à la Maternité. Température 36°8.

A l'examen des urines, grosse albuminurie.

A l'examen obstétrical, petite tête qui descend en droite. Col presque complètement effacé, dilatable comme 5 fr. Membranes intactes. Auscultation négative. On donne à la parturiente un lavement savonneux de 2 litres.

29 avril. — 0 h. 25 : Rupture de la poche des eaux. Le liquide est teinté de méconium. Auscultation toujours négative.

0 h. 30 : Accouchement spontané d'un enfant du sexe féminin, mort-né pesant 1450 gr.

1 h. : Délivrance naturelle et complète.

Poids du placenta, avec le caillot : 520 gr.

A l'examen rétrospectif de l'arrière-faix, on note du côté de la face utérine du placenta, deux caillots enchâssés dans une dépression en cupule.

La femme a un bon pouls, pas de température, ne perd pas.

Après l'accouchement, la femme présente 7 grammes d'albumine. Tension artérielle : 21/12.

Comme elle présente des troubles visuels, elle est examinée par M. Cantonnet, qui, à l'ophtalmoscope ne trouve pas d'hémorragies rétinienne, mais des exudats nombreux. Saignée de 500 grammes. Diète hydrique. Régime lacté.

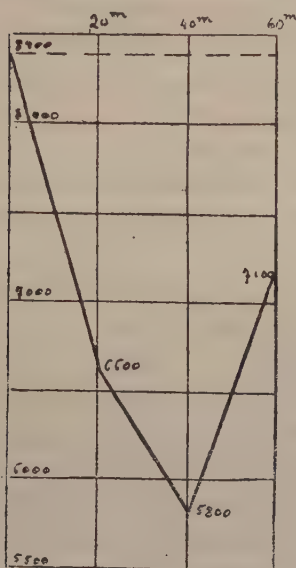
Au 3^e jour après l'accouchement, l'albumine est tombée à 50 centigrammes. La tension reste toujours à 21/12.

Au 6^e jour après l'accouchement, à l'examen des urines, il n'y a plus qu'un léger louche. La tension est à 18/7.

Suites de couches normales.

16 mai. — Partie en bon état.

P... Augusta. (obs 1127)
Le 5 mai (après l'accouchement)



L'épreuve hémoclasique n'a pu être pratiquée qu'après l'accouchement au septième jour. La femme qui dans les jours précédents présentait 7 grammes d'albumine au tube d'Esbach, n'a plus alors qu'un léger louche dans les urines, cependant l'épreuve hémoclasique reste, elle, fortement positive, montrant que l'intoxication persiste, même après la disparition presque complète de l'albumine.

A signaler que la femme était en état de rétention et que cependant albuminurie et troubles visuels continuaient à exister.

OBSERVATION XXVI

R... Emma, 20 ans, domestique.

Antécédents héréditaires. — Néant.

Antécédents personnels. — Elevée au sein.

Réglée à 17 ans.

N'a jamais été malade.

I Pare. Troubles sympathiques au début.

3 février. — Entre à la Maternité avec le diagnostic suivant :

Dernières règles : 10 juin. Hauteur utérine : 34 cm.

Excès de liquide. Gémellité ?

Urines normales.

12 février. — Entre à l'infirmerie pour bronchite.

22 mars. — 12 h. : Est admise à l'isolement avec la note suivante :

Albumine depuis 2 jours. Vomissements.

Troubles de la vue. Tension artérielle : 17-10.

A l'examen, la hauteur utérine est de 44 cm. 5.

Palper impossible. Deux foyers d'auscultation perceptibles.

Toucher. Tête mobile. Col déhiscent.

Traitement : Diète hydrique. 30 gr. eau-de-vie allemande.

On examine alors systématiquement la femme.

Facies pâle, un peu bouffi.

OEdème très marqué des membres inférieurs.

Au point de vue des troubles de la vue, la femme se plaint d'un brouillard et dit qu'elle ne voit presque plus.

Au cœur, bruit de galop.

15 h. 15 : Première crise d'éclampsie. Durée : 4 minutes. Saignée : 500 grammes.

On sonde la femme, très peu d'urine, présentant une très grosse albuminurie.

16 h. : Examen ophtalmoscopique ; à droite, la papille est normale ; la rétine a un aspect gris.

A gauche, papille normale, un peu plus blanche qu'à droite ; aspect gris et terne de la rétine plus accentué que du côté droit.

Toucher. Dilatation : 1 fr. Membranes intactes.

Rupture artificielle des membranes. Ecoulement d'un liquide abondant, d'aspect normal.

Tentative infructueuse de mise en place d'un ballon de Champetier, mais la tête vient bien appuyer sur le col et se met en gauche transverse. La dilatation est alors de 5 fr. ; depuis la rupture des membranes, le travail commence, les douleurs sont fréquentes et prolongées.

21 h. : Nouvel examen. Mêmes signes généraux, avec toutefois une légère détente. Amélioration au point de vue oculaire. Les bruits du cœur sont perçus à droite et à gauche.

Toucher. Dilatation 5 fr. Tête engagée. Tendance du col à s'œdématiser.

22 h. 10 : En présence de l'œdème du col, on décide d'intervenir.

Anesthésie à l'éther. Incisions latérales du col. Forceps en gauche antérieure. Rotation effectuée en occipito-pubienne. Dégagement. Extraction d'un garçon pesant 2.400 gr., ranimé.

Rupture immédiate de la 2^e poche des eaux.

Saisie du pied antérieur du deuxième fœtus.

Extraction par le siège d'un garçon pesant 1980 gr. criant après désobstruction des voies aériennes.

Délivrance artificielle immédiate. Poids du placenta : 750 gr.

Vérification des incisions du col.

23 mars. — Amélioration de l'état général.

L'œdème des membres inférieurs a diminué. La mala-

de répond bien aux questions, toutefois tendance à la somnolence. Température : 38°. Pouls : 100.

Examen local. Utérus bien contracté. La femme n'a pas perdu.

Examen ophtalmoscopique. Au point de vue des signes fonctionnels, grande amélioration, la vue est presque complètement revenue.

A l'examen : à droite et à gauche, papille normale ; en dehors de la papille, on voit nettement que la rétine a conservé sa teinte grisâtre, surtout dans le cadran supéro-interne.

La femme est mise au régime lacté et à l'eau lactosée. Tension artérielle : 18-8.

Sous l'action du régime, on constate une grosse amélioration.

26 mars. — L'albumine qui était de 2 grammes a disparu. Tension artérielle : 15-6.

L'obnubilation intellectuelle a complètement disparu.

A l'examen de l'œil, la rétine a repris son aspect normal, encore un peu grisâtre cependant à gauche. Ventre souple. Utérus bien contracté, à cinq travers de doigts au-dessus de la symphyse pubienne, légèrement douloureux.

Suites de couches normales.

18 avril. — Partie en bon état.

Un des enfants est décédé, malgré les frictions mercurielles qui lui ont été faite ; l'autre est bien portant.

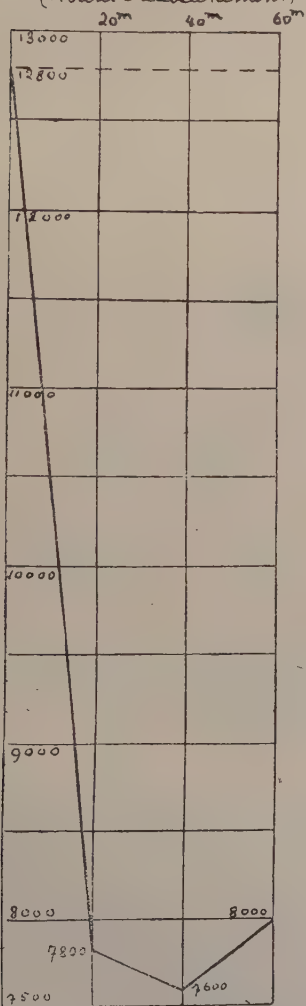
L'examen quantitatif de l'urée et des chlorures a été pratiqué sur le sang de la saignée.

Urée : 0 gr. 52 par litre.

Chlorures : 8 gr. 65 par litre.

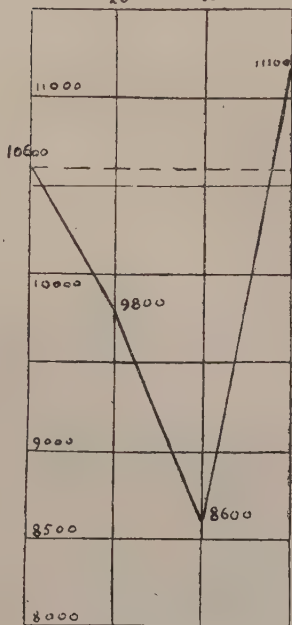
La première épreuve hémoclasique est faite le jour même de l'accouchement, la femme étant en crise d'éclampsie avec coagulation en masse des urines.

R... Emma (obs 783)
 le 22 mars
 (avant l'accouchement)

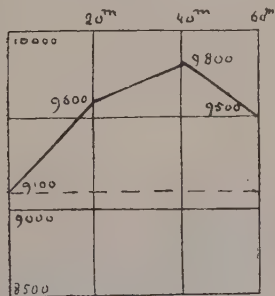


Accouchement le 22 Mars

R... Emma (obs 783)
 le 25 mars
 (après l'accouchement)



R... Emma (obs 783)
 15 Avril (après l'accouchement)



L'épreuve est positive de 12.800, la leucocytose tombe à 7.800-7.600.

Quatre jours après, une deuxième épreuve hémoclasique est pratiquée, l'albumine est alors disparue, la tension est revenue à 15/6. Le résultat est encore positif, mais il n'y a plus alors qu'une chute leucopénique de 2.000 globules blancs.

Vingt-deux jours après l'accouchement une troisième épreuve hémoclasique est faite, elle est devenue négative.

OBSERVATION XXVII

K... Jeanne, 18 ans, mécanicienne.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier.

Antécédents personnels. — Elevée au sein maternel.

Dit n'avoir jamais été malade.

Gestation actuelle. — I pare. Dernières règles : 25 mai.

N'a consulté qu'une fois à la Maternité le 12 janvier ; elle a été envoyée à Michelet.

Pas d'albumine.

7 mars. — 0 h. 15 : Apparition des premières douleurs.

Est admise à la salle de travail avec le diagnostic suivant :

Hauteur utérine : 33 cm.

Tête mobile. Dos à gauche. Enfant vivant.

Col presque effacé, dilatable comme 50 cts.

Albumine dans les urines.

16 h. 45 : Rupture spontanée des membranes.

Dilatation complète.

Sommet engagé. Rotation effectuée.

17 h. 30 : Accouchement spontané.

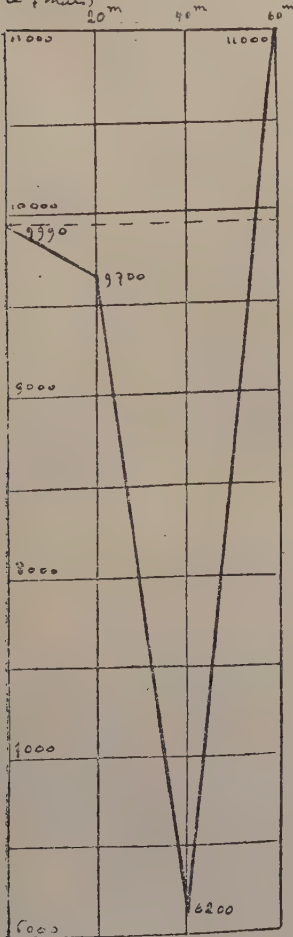
Fille vivante pesant 3100 gr.

1 heure après, délivrance naturelle.

Placenta : 550 gr.

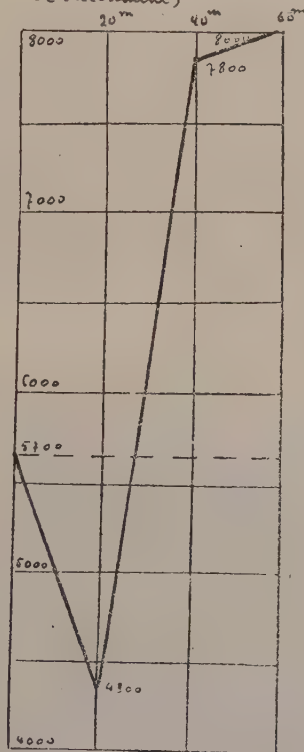
K... Jeanne (als 536)

Le 8 mars (après
l'accouchement qui a eu lieu
le 7 mars)



K... Jeanne (als 536)

Le 12 mars (après la séparation
de l'albumine)



1/4 d'heure après la délivrance, la femme a une crise convulsive ; on pratique une saignée de 500 gr.

Transportée dans une chambre chauffée, elle est surveillée.

Suites de couches normales. En 2 jours, l'albumine disparaît.

18 avril. — Partie en bon état. Enfant bon état.

Pendant sa période de travail, la femme présente de l'albumine à l'examen des urines.

L'accouchement, la délivrance se font normalement, mais un quart d'heure après la femme a une crise convulsive. Ce n'est que le lendemain de l'accouchement que la première épreuve hémoclasique est faite. Résultat net, avec leucopénie très marquée qui dépasse 3.000.

Cinq jours après, l'albumine étant disparue, une nouvelle épreuve hémoclasique est pratiquée. On note encore une chute leucopénique à la vingtième minute, mais elle n'est plus que de 2.000 et à la quarantième et à la soixantième minute une hyperleucocytose apparaît.

OBSERVATION XXVIII

O... Lucienne, 18 ans, I Pare.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Premiers pas à 11 mois.

Réglée à 13 ans.

Rougeole à 13 ans.

Croup à 8 ans.

Gestation actuelle. — Dernières règles : 29 juillet.

La femme, durant sa gestation, a fait examiner une fois ses urines par un pharmacien, qui lui trouve un gramme d'albumine par litre. Ne suit aucun régime.

26 mars. — La gestante ressent des troubles visuels qui disparaissent au bout d'un quart d'heure.

27 mars. — Les troubles oculaires s'accroissent et persistent. Apparition d'œdème des membres inférieurs.

28 mars. — 9 h. : Entre à la Maternité, où l'on fait les constatations suivantes :

Hauteur utérine : 34 cm.

Sommet en O I G A. Enfant vivant.

Col long fermé.

Vaginite granuleuse. Urines très albumineuses.

A l'examen général, on est frappé par l'œdème considérable des membres inférieurs, la bouffissure du visage.

A l'examen de l'œil, les pupilles sont plutôt dilatées, la femme distingue les objets comme dans un brouillard.

A l'examen du cœur, bruits bien frappés, durs. Pas de bruit de galop. Tension artérielle : 24-13.

A l'examen des poumons, pas d'épanchement, la respiration s'entend jusqu'en bas.

La femme est mise à l'eau lactosée. Purgation à l'eau-de-vie allemande. Grand lavage intestinal de 15 litres. Saignée : 400 gr.

A l'examen : chlorures : 7,92 ; urée : 0,39.

Examen à l'ophthalmoscope, à 21 h. On note :

A l'œil droit, une vision meilleure qu'à gauche.

Pas d'hémorragie rétinienne. Papille normale, mais tache noire sur un vaisseau supérieur.

A l'œil gauche, plus touché au point de vue de la vision. Traînée en forme de croissant, à concavité inférieure, de teinte blanchâtre.

Papille : aspect ovalaire, à grand axe vertical.

Contours flous, surtout vers le bord interne.

28 mars, soir. — Tension artérielle : 21-11.

29 mars. — La malade a reposé toute la nuit ; dit voir un peu mieux dormi que la veille.

Tension artérielle : 20-12. 500 gr. d'urines recueillies.
Urines à l'Esbach : 5 gr. d'albumine.

30 mars. — Même état général. Légère amélioration du côté de la vue.

Tension artérielle : 20-12. 1 litre d'urines recueillies.
Urines à l'Esbach. 1 gr. d'albumine.

31 mars. — Même état général.

Tension artérielle : 20-12.

Urines : 1 litre 500. Albumine, 0 gr. 50.

1^{er} avril. — Amélioration visuelle.

Tension artérielle : 17-7.

Urines : 1 litre. Albumine : 0 gr. 40.

Dans les journées précédentes, la femme a été mise au chaud. Purgation à l'eau-de-vie allemande. Lavage intestinal. Diète à l'eau lactosée.

2 avril. — La femme est renvoyée au dortoir.

Elle est examinée, au point de vue oculaire, par M. Coutela.

A droite et à gauche, papille sensiblement normale, avec œdème disséminé du pôle postérieur de l'œil, plus accentué à gauche.

V O D : 1/2.

V O G : Voit les doigts à 1 m. 50.

Jusqu'au 7 avril, la femme est maintenue au repos complet, à l'eau lactosée. La quantité d'urine oscille entre 1.000 et 1.500 gr. L'albuminurie entre 0 gr. 50 et 2 grammes. L'œdème a disparu progressivement. L'état général est satisfaisant, toutefois, on note des vomissements quotidiens : 1 à 2 par jour.

7 avril, soir. — Epistaxis durant un quart d'heure, avec légère teinte jaunâtre des téguments de la face. Un vomissement.

8 avril, matin. — Nouvel épistaxis abondant qui dure de 8 h. 30 à 10 h. 30 du matin ; des nausées et des vomis-

sements l'accompagnent, vomissements noirâtres par suite du sang dégluti. Enfin, surtout, on découvre un ictère généralisé avec aspect cireux de la face ; les sclérotiques, les muqueuses sublinguales sont jaunes. On pratique différents examens de la femme.

Examen des organes : Poumons, rien à signaler.

Cœur : pas de bruit de galop. Tension artérielle : 18-12.

Foie : pas augmenté de volume.

Rate : normale.

Au point de vue obstétrical, gestation de 8 mois.

Hauteur utérine : 29 cm. Tête qui s'engage en O I G A.

Col long, perméable. Membranes intactes.

A ce moment, on a pu pratiquer l'examen ophtalmoscopique, l'analyse des urines, l'analyse du sang.

Examen de l'œil : Même troubles fonctionnels que précédemment.

A droite, aspect foncé de la rétine autour de la papille.

A gauche, taches noirâtres sur le fond de l'œil (choroïdo-rétinite). La papille présente des contours flous. Sur la moitié supérieure du fond rétinien, taches blanchâtres de rétinite albuminurique.

Examen des urines : albumine : 0 gr. 50.

Chlorures : 17 gr. 50.

Urée : 12 gr.

Urobiline : 0 gr.

Pigments biliaires : présence.

Examen du sang : Les chlorures n'ont pu être dosés, la quantité de sang était trop faible.

Urée : 1 gr. 57 par litre.

Pigments biliaires : présence.

Urobiline : présence.

A ce moment, on se pose la question d'une intervention, mais on hésite à anesthésier la malade, étant donné son ictère.

16 h. 15 : Epistaxis d'une durée d'un quart d'heure.
Les bruits du cœur sont perçus.

19 h. : Le sommet s'engage. Dilatation : 50 cts.

Membranes intactes. Les bruits du cœur ne sont plus perçus.

21 h. 30 : Femme très fatiguée. Nouvel épistaxis.

Une petite métrorragie permanente s'est installée depuis 15 h.

A l'examen, le poulx est à 96. L'utérus est dur, ne présente pas de point douloureux. Dans l'intervalle des contractions qui sont presque subintrantes, l'utérus se relâche très peu.

Au toucher, la dilatation est entre 5 fr. et petite paume.
Membranes intactes. Lèvres du col souples.

Rupture artificielle des membranes, il s'écoule un liquide de couleur chocolat.

23 h. : Dilatation complète.

23 h. 15 : Accouchement spontané. Garçon vivant pesant 2200 gr.

Après l'accouchement, la femme est pâle, le poulx est à 120. L'utérus bien contracté. Pas d'hémorragie.

On surveille attentivement la femme.

24 h. : Expulsion de 500 gr. de caillots.

10 avril. — 0 h. 15 : Délivrance naturelle et complète.

Placenta : 400 gr. Le placenta présente des traces d'hémorragies anciennes.

Quelques minutes après la délivrance, la pâleur de la face s'accroît, les lèvres se décolorent, la femme accuse des troubles de la vue.

A l'examen, utérus bien contracté. Pas d'hémorragie.

Le poulx est à 120-150 et progressivement devient filant et incomptable.

La malade est calme et lucide, sans délire, mais très

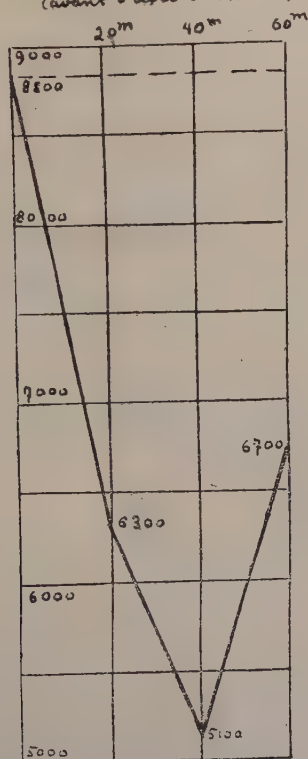
faible et se refroidit. Elle est mise en position déclive.
Boules chaudes. Huile camphrée. Sérum glucosé.

2 h. : La femme présente une période d'excitation
d'une minute.

Le pouls n'est plus perçu. Refroidissement général.
Mort.

O..... Lucienne (als 950)

Le 28 mars
(avant l'accouchement)



Accouchement le 9 avril
mort le 10 avril.

Le 28 mars, la femme est entrée à la Maternité. Etant donnée son albuminurie, elle est mise immédiatement à la diète hydrique. Aussi son épreuve hémoclasique a-t-elle pu être faite dans la journée même.

Le résultat de cette épreuve est positif : La chute leucopénique atteint le chiffre de 3700, résultat qu'il est intéressant de considérer au point de vue du pronostic, cette femme étant morte d'ictère grave le jour de son accouchement.

Étude Générale des observations précédentes

De ces deux séries d'observations quelles conclusions générales pouvons-nous tirer ?

Examinons d'abord les observations concernant les femmes présentant un syndrome toxémique.

Ces observations sont au nombre de neuf ; trois de ces femmes ont eu des crises éclamptiques, les autres n'ont présenté que de l'albuminurie, et parmi ces dernières, chez l'une, l'albuminurie s'alliait à de la rétinite.

Deux sont des multipares, les autres sont primipares, enfin l'une est gemellaire.

Le premier examen en général a été pratiqué de 5 à 10 jours avant et parfois le jour même de l'accouchement, deux fois immédiatement après.

Le deuxième examen n'a été fait qu'après disparition de l'albuminurie.

Nous notons chez ces femmes, avant l'accouchement, une leucopénie digestive. Cette leucopénie est en général précoce, en tout cas elle se produit toujours. Le rapport entre la chute leucopénique et la quantité d'albumine est des plus variable ; l'on ne

peut en inférer une indication clinique, il reste ce seul fait : toutes les femmes albuminuriques présentent une épreuve hémoclasique digestive positive. Lorsque l'on suit ces femmes après leur accouchement, l'on voit peu à peu, et ceci va de pair avec la disparition de l'albuminurie, la leucopénie diminuer et disparaître même, chez quelques femmes, avant leur sortie de l'hôpital (11^e jour). Cependant l'hémoclasie semble, d'une façon générale, persister un peu au-delà de l'albuminurie.

En tous cas l'on est amené à faire cette conclusion : Toute les femmes en état de toxémie présentent un choc hémoclasique, choc qui disparaît dans les jours qui suivent l'accouchement en même temps, ou presque, que l'albuminurie gravidique.

Il s'agit donc de phénomènes concomittants commandés par le même facteur, la toxémie gravidique celle-ci ayant cessé du fait de l'accouchement, le rein et le foie ne sont plus atteints et reprennent un fonctionnement normal.

Les observations concernant les femmes qui ont présenté des convulsions éclamptiques méritent de plus, une mention spéciale. On est tout de suite frappé des grandes chutes leucopéniques qu'elles présentent, toutes dépassent un nombre de 3.000 globules blancs. L'intoxication en masse du foie est nettement signée.

Mais ces constatations sont en somme banales ; elles ne font que prouver, une fois de plus, et de façon différente, l'atteinte hépatique chez l'albuminurique et l'éclamptique.

Nous nous attendions à trouver pareils faits qui ne font que confirmer les théories pathogéniques de M. le professeur Pinard, comme le prouve d'ailleurs l'examen du foie au cours des autopsies chez les éclampsiques.

Revoyons maintenant par opposition l'ensemble des épreuves de l'hémoclasie digestive chez les femmes en apparence normales.

Nous trouverons ici les résultats les plus irréguliers et les plus variables. Nous pouvons d'abord commencer à classer ceux-ci en trois catégories :

1° Résultats franchement négatifs.

2° Résultats discutables.

3° Résultats positifs.

Nous dirons qu'il y a un résultat positif lorsque la chute leucopénique atteindra au moins un nombre de 2.000 globules blancs.

Cependant nous devons faire une réserve et ne plus conserver un pareil chiffre lorsque la leucocytose est peu marquée, et plus justement devons-nous appeler alors résultat positif, un résultat où la leucopénie atteindra près du tiers de la leucocytose normale.

Il est évident, par exemple, qu'une chute d'un nombre de 1.500 globules blancs a plus de valeur chez une femme ayant une leucocytose normale de 5.000, que chez une autre présentant une leucocytose de 10.000.

Il est incontestable que cette division en résultats discutables et en résultats positifs peut être quelque

peu arbitraire ; elle a du moins l'avantage de nous mettre à l'abri d'une généralisation trop large des constatations qu'il nous a été donné de faire et d'attribuer ainsi une valeur plus grande à ce que nous appelons « les résultats positifs ».

Examinons tour à tour ces trois catégories de résultats :

A. Résultats franchement négatifs.

Ils sont intéressants à opposer aux résultats positifs que nous avons rencontrés chez la femme atteinte de toxémie gravidique.

Ici, au contraire, s'il existe une toxémie normale, la cellule hépatique lutte avec succès, ne montrant nulle trace d'insuffisance et d'autant cette épreuve négative sera plus près du terme, d'autant plus un pronostic favorable devra être établi.

Un fait frappe cependant, c'est le petit nombre de ces résultats franchement négatifs et si nous voulons faire un pourcentage par rapport au nombre des femmes examinées, nous arrivons au chiffre de 8 sur 18.

Parmi ces 8 résultats, 4 concernent des primipares, les 4 autres des multipares. La multiparité ou la primiparité ne peuvent donc pas être mises en cause.

Six de ces examens ont été faits dans les dix jours précédant l'accouchement.

Un au cours du quatrième mois de la grossesse.

Un à la fin du huitième mois.

Aucune de ces femmes, avant, pendant ou après

son accouchement, n'a présenté d'albumine dans ses urines.

Nous n'avons pas jugé utile d'examiner ces femmes dans leur post-partum.

B. Résultats franchement positifs.

La constatation de pareils résultats nous surprit d'abord. Femmes normales avec une réaction positive, cela semble être contradictoire, et devoir enlever de la valeur aux examens précédents. En fait, le phénomène est facile à expliquer. L'épreuve de l'hémoclasie indique la valeur fonctionnelle du foie ; en présence d'une épreuve positive, nous devons cesser de considérer ces femmes comme normales et les classer comme des insuffisantes hépatiques.

L'épreuve hémoclasique nous révèle ainsi une série de femmes qui, jusque là considérées comme normales, sont en réalité à surveiller et présentent une débilité hépatique, « un hépatisme gravidique ».

Le pourcentage atteint par les résultats positifs sur le nombre des femmes examinées est de 7 sur 18.

Il s'agit de primipares, une seule femme est multipare. Les premiers examens ont eu lieu pour cinq d'entre elles dans les huit jours qui ont précédé l'accouchement.

Un examen a eu lieu au cours du neuvième mois.

Un examen a eu lieu au cours du huitième mois de la gestation.

L'on comprend l'importance du pronostic que l'on

peut tirer de la constatation de cet hépatisme gravidique, un examen quotidien des urines devient nécessaire de façon à dépister la plus petite trace d'albumine qui sera alors le deuxième signe avant-coureur de l'auto-intoxication. Or, si l'on passe en revue nos observations, l'on constate que deux sur sept de ces femmes ont présenté, au moment du travail, de l'albumine dans leurs urines.

(Obs. n° 1069, n° 1132).

Nous avons pu suivre ces femmes : Toutes, sauf une, ont présenté avec une rapidité plus ou moins grande une épreuve négative dans leur post-partum.

C. Résultats discutables.

A côté des cas précédents nettement tranchés, nous avons trois résultats où il nous est bien difficile de pouvoir affirmer l'insuffisance hépatique. Ce sont des cas où la chute est peu marquée et n'atteint pas le nombre de 2.000 globules blancs, ni le tiers du chiffre initial.

L'un de ces examens a été pratiqué à la fin du huitième mois de la gestation, les deux autres dix jours avant l'accouchement. La clé en est bien donnée lors des examens du post-partum : Lorsque la leucopénie diminue et disparaît, on peut affirmer qu'il s'agissait vraisemblablement d'une ébauche d'insuffisance d'origine gravidique. Mais cette constatation est bien tardive.

Si ces observations sont plus discutables, il nous semble cependant qu'au point de vue pratique nous

devons agir de même que pour les cas précédents et les considérer comme en rapport avec une ébauche d'insuffisance hépatique.

Enfin, nous devons considérer un peu à part des observations précédentes l'observation n° 162. Chez cette femme, deux numérations leucocytaires ont été pratiquées à deux mois d'intervalle. Dans l'une, l'épreuve d'hémoclasie digestive est négative ; dans l'autre, qui a été faite au moment du travail, l'épreuve devient nettement positive.

Il faut, en réalité, ranger cette observation parmi les résultats positifs et juger cette femme comme n'ayant manifesté son insuffisance hépatique qu'à la fin de sa gestation.

En résumé, l'épreuve hémoclasique nous permet de concevoir chez la femme enceinte dite normale, toute une échelle de valeurs fonctionnelles de la cellule hépatique.

— Foie normal avec épreuve hémoclasique négative.

— Ebauche d'insuffisance hépatique avec épreuve hémoclasique positive, mais dans laquelle la chute leucopénique est peut marquée.

— Hépatisme où l'épreuve hémoclasique est franchement positive.

Une dernière question se pose. Cette échelle de valeurs est-elle fonction de l'intensité de la toxémie gravidique ?

Il est bien difficile de pouvoir l'affirmer. Il doit exister un coefficient personnel. Il entre en effet en

jeu des facteurs d'antécédents hépatiques plus ou moins méconnus. Une cellule hépatique peut être plus sensible, plus fragile qu'une autre en présence d'une même dose toxique.

Cependant la chute leucopénique si prononcée que l'on constate chez les éclamptiques donne une indication. En tout cas ce n'est point tant le degré de l'intoxication, que le pouvoir antitoxique présenté par la femme, qu'il importe d'apprécier, et l'épreuve de l'hémoclasie digestive nous le fait connaître.

Au reste, cette insuffisance hépatique trahit-elle toujours et est-elle absolument sous la dépendance de la toxémie? Il semble, en nous basant sur nos observations d'albuminuriques et d'éclamptiques, que ce soit là le facteur principal. Mais peut-être n'est-il pas seul et il nous paraît intéressant de signaler ici deux observations de grosses tumeurs abdominales :

OBSERVATION XXIX

P..., femme âgée de 65 ans.

Depuis janvier 1920 est malade, apparition d'un prolapsus de l'utérus suivi bientôt d'une phlébite double qui force la femme à garder le lit.

En mai 1920, la malade présente des crises d'étouffement et son médecin découvre à ce moment une grosseur dans la fosse iliaque gauche.

Elle consulte alors à l'hôpital St-Joseph, où l'on fait le diagnostic de fibrome, mais étant donné le mauvais état général de la femme on hésite à l'opérer et on l'envoie à la campagne.

La femme revient à Paris parce que son ventre grossit et qu'elle a présenté, il y a un mois, des pertes de sang qui ont duré huit jours, pertes qui ont repris pendant quatre jours récemment.

Examen : Abdomen volumineux, saillant en avant, et surtout à gauche de la ligne médiane, un peu étalé sur les flancs. Circulation collatérale. Matité à convexité supérieure plus étendue à gauche, sonorité normale dans les flancs, pas de sensation de flot.

A la palpation, on note une masse dure à surface irrégulière dans la zone de matité. Mais cette masse n'est atteinte qu'après dépression de parties molles (anses intestinales ou épanchement cloisonné ?)

Masse immobile verticalement, un peu mobile transversalement et remontant à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

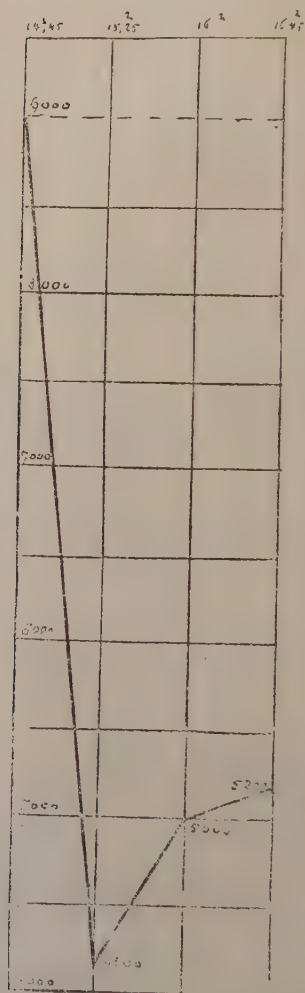
Au toucher, prolapsus génital, col petit, lèvre antérieure augmentée de volume. L'utérus descend lorsqu'on appuie sur la masse et quand on mobilise celle-ci le col se trouve entraîné.

Constatations de ganglions au niveau du pli inguinal. Varices des membres inférieurs marquées surtout à droite.

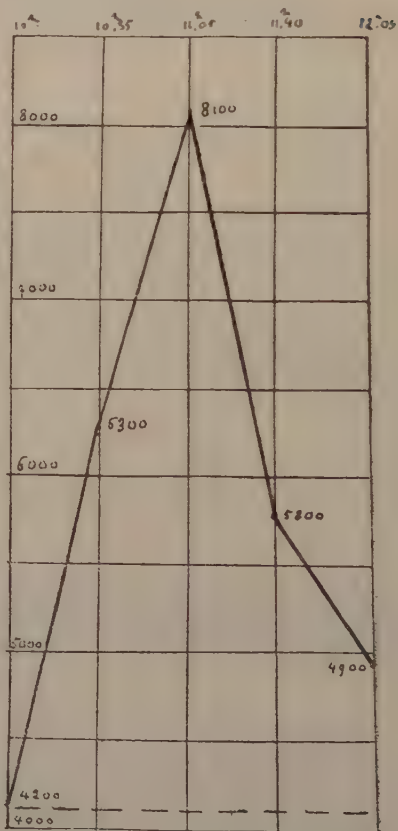
Avant l'intervention qui est décidée avec le diagnostic de kyste végétant de l'ovaire, on recherche l'insuffisance proteopexique du foie qui se montre franchement positive (voir planche). Par contre, les épreuves du bleu de méthylène, de la glycosurie alimentaire, les réactions de Hay et Gmelin restent négatives.

La malade est opérée le 10 octobre 1920. Le kyste est extirpé. Pas de symptômes hépatiques post-opératoires. Le 23 octobre, on recherche à nouveau la crise hémoclasique, épreuve totalement négative, il se produit au contraire une leucocytose digestive (voir planche).

P.... (Kyste de l'ovaire)
(Avant l'opération)



P.... (Kyste de l'ovaire)
Le 23 octobre (après l'opération)



OBSERVATION XXX

J... Joséphine, 46 ans, ménagère.

Entre à l'hôpital parce qu'elle souffre du ventre.

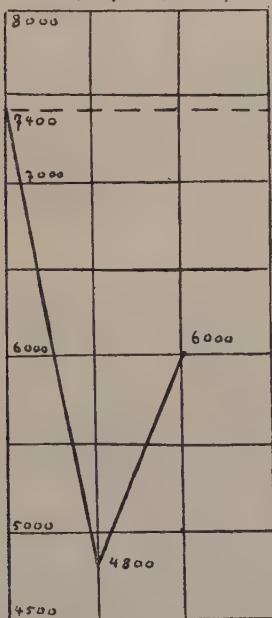
Réglée à 15 ans. II pare. 1^{re} gestation à 23 ans ; 2^e gestation à 31 ans.

Depuis deux ans, la femme remarque que ses pertes sont plus abondantes, durent quinze jours ; ces pertes ont été en augmentant en durée et en abondance.

L... Joséphine (Fibrome)

Le 22 septembre 1926
(Avant l'opération)

35^{ans} après 1^{re} 45^{ans} après



opérée le 20 octobre
mourut le 21 octobre

A l'examen, ventre en obusier, et à la palpation on suit une tumeur, également résistante, remontant jusqu'ici à l'appendice xyphoïde, masse mobile et qu'on sent au toucher faire corps avec l'utérus.

Au point de vue général on note une teinte subictérique de la peau, pas de troubles digestifs, le foie et la rate sont normaux. Rien à signaler dans les autres appareils.

Ta : 15-5. Par suite de la compression exercée par la tumeur abdominale on remarque de l'œdème des membres inférieurs. Il n'y a pas de constipation, mais un léger degré de rétention d'urine.

A l'examen du sang, 3.060.000 globules rouges et 7/100 leucocytes dont 69/100 de poly. L'épreuve du bleu de méthylène et de la glycosurie alimentaire sont négatives. Mais la recherche du choc hémoclasique est positive et montre l'insuffisance proteopexique du foie (voir planche). On note également une réaction de Hay positive.

Opération le 20 octobre 1920. Hystérectomie abdominale subtotal, fibrome volumineux, opération longue, pertes de sang abondantes.

Le soir de l'opération, état de schock marqué, le pouls est à 140, la température : 37°5, pas d'hémorragie vaginale.

Le lendemain, apparition d'un ictère qui fonce en quelques heures et qui s'accompagne d'anurie, de troubles nerveux (secousses musculaires), le pouls est à 160, la température atteint 39°, la femme présente du délire. A dix heures du soir, la malade meurt au milieu de phénomènes d'ictère grave.

A l'autopsie, rien d'anormal au niveau du petit bassin, hématome rétropéritonéal du côté gauche. Utérus fibreux sans dégénérescence. Macroscopiquement, aucune lésion des divers organes. Microscopiquement, lésions hé-

patiques de dégénérescence granulo-graisseuse. Hémorragies intrahépatiques au niveau des espaces de Kiernan.

Ainsi voici deux femmes porteuses de tumeurs abdominales très développées chez lesquelles l'épreuve de l'hémoclasie digestive a été positive. Et pour l'une d'elles, qui a survécu à l'intervention, l'épreuve est devenue négative dans les jours qui ont suivi l'opération. Nous sommes réduits à invoquer ici une théorie toute mécanique de congestion hépatique conduisant à l'insuffisance hépatique.

M. le professeur Widai a déjà signalé cette insuffisance protéopexique dans les affections chirurgicales des organes pelviens. Il a rapporté deux observations de fibromes utérins où l'épreuve hémoclasique a été positive et conclut ainsi : « Il est vraisemblable que cette atteinte du foie, observée dans ces conditions, résulte de troubles circulatoires que provoque la présence dans l'abdomen de ces affections ».

L'énorme utérus de la parturiente peut également causer des troubles de la mécanique circulatoire, troubles qui retentissent aussi sur la cellule hépatique.

Mais à leur tour ces troubles mécaniques ne doivent pas être seuls incriminés, car tandis que chez la femme gravide la tumeur utérine existe toujours, l'épreuve du choc hémoclasique est loin d'être dans tous les cas positive. Enfin elle est la règle chez la femme en état de toxémie et elle y est très marquée.

En fait, facteur mécanique et facteur toxique se

combinent ; à mesure que la tumeur utérine se développe, la toxémie gravidique s'accroît.

L'on comprend ainsi facilement que ce soit justement au cours des derniers mois de la gestation qu'éclatent les accidents graves de l'intoxication gravidique.

Enfin, il importe, d'autre part, de signaler une sensibilité moins grande chez la femme en état de gestation, aux réactions de choc comme récemment l'ont montré MM. A. Lumière et H. Couturier chez les femmes gravides. Mais ce que nous voulons mettre en évidence, ici, ce n'est pas tant la sensibilité au choc, que la possibilité du choc, lorsque la barrière hépatique est lésée.

Applications pratiques

Nous n'avons tiré de nos observations, dans le chapitre précédent, que des considérations ou pathogéniques ou cliniques. Pouvons-nous aller plus loin et conclure à des applications pratiques?

Voici, à notre avis les règles que l'on pourra suivre chez la femme gravide.

Chez une femme présentant des signes de toxémie gravidique, l'épreuve de l'hémoclasie devra être considérée comme ayant une valeur pronostique.

En présence d'une leucopénie très accentuée, le pronostic sera très réservé. Un régime lacté peut même être jugé insuffisant, une diète hydrique semble être indiquée.

Par des examens pratiqués en série, à quelques jours d'intervalle, il sera loisible de suivre de telles malades.

Chez une femme sans signes de toxémie, mais avec chute leucopénique importante, même s'il y a absence d'albuminurie, un régime de désintoxication pendant un certain temps est utile, il existe un hépatisme latent, et le régime lacté ou lacto végétarien sera prescrit.

Chez une femme où l'épreuve hémoclasique n'accuse qu'une chute leucopénique légère, seules, la prise soigneuse de la tension artérielle, la recherche quotidienne de l'albuminurie doivent être poursuivies.

Ainsi, de toute façon, quel que soit l'état de la parturiente, une épreuve hémoclasique positive devra toujours retenir l'attention, régler le régime et la surveillance de la femme.

Au moment de l'accouchement, ou d'une intervention obstétricale, l'accoucheur trouvera dans la recherche préalable de l'hémoclasie, des indications ou des contre-indications à une narcose qui peut être préjudiciable à la cellule hépatique déjà atteinte. Rappelons, en effet, une des observations précédentes, où à la suite d'une intervention pour fibrome, l'opérée fut enlevée en vingt-quatre heures, par ictere grave. La débilité hépatique avait été révélée par l'épreuve hémoclasique.

L'anesthésie générale, en présence d'une hémoclasie fortement positive, ne doit donc être donnée qu'en cas d'absolue nécessité, l'anesthésie locale ou régionale lui sera préférée. Enfin, chez des femmes à leucopénie digestive nette, tout analgésique ou hypnotique sera proscrit. Il semble, en effet, que dans ces dernières années on ait un peu distribué à l'aveuglette ces médicaments pour la plupart toxiques à la cellule hépatique, et cela sans tenir compte de la valeur fonctionnelle de la cellule hépatique, de son état de débilité.

Conclusions

I. — Au cours des toxémies gravidiques qui se manifestent par : l'albuminurie, l'hypertension, les crises éclamptiques et la rétinite, l'épreuve de l'hémoclasie digestive est toujours positive. L'insuffisance proteopexique du foie existe toujours.

II. — Chez une femme en état de gestation et qui ne présente aucun signe de toxémie gravidique, une fois sur deux en moyenne on découvre dans les derniers mois une hémoclasie digestive positive, moins marquée cependant qu'au cours des toxémies. Il existe donc chez ces femmes en apparence normales un hépatisme latent que l'épreuve de l'hémoclasie digestive permet de découvrir.

III. — Il faudra tenir compte de cet hépatisme dans la surveillance de la gestation, une albuminurie tardive pouvant apparaître chez de telles femmes.

Peut-être pourra-t-on ainsi prévoir et prévenir les formes si rares de l'éclampsie sans albuminurie préalable ou à albuminurie retardée.

IV. — En présence d'une insuffisance protéopexique du foie, on évitera autant qu'il sera possible l'emploi de l'anesthésie générale et surtout on rejettera tout analgésique ou hypnoptique.

Vu, le Doyen,

ROGER.

Vu, le Président,

A. COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPELL.

Bibliographie

- Etude de certains phénomènes de choc observés en clinique. Signification de l'hémoclasie (F. WIDAL, P. ABRAMI et E. BRISSAUD), *Presse médicale*, 3 avril 1920.
- Possibilité de provoquer la crise hémoclasique par injection intraveineuse de sang recueilli pendant la période digestive. Action du foie sur les protéides de désintégration incomplète provenant de la digestion et charriés par la veine Porte. — (C. R. de l'Académie des Sciences, t. CLXXI, page 74, 12 juillet 1920). F. WIDAL, P. ABRAMI, N. IANCOVESCO.
- L'épreuve de l'hémoclasie digestive et l'hépatisme latent. — C. R. de l'Académie des Sciences, page 223, 26 juillet 1920. (F. WIDAL, P. ABRAMI, N. IANCOVESCO.
- L'épreuve de l'hémoclasie digestive dans l'étude de l'insuffisance hépatique. — *Presse médicale*, n° 91, 11 décembre 1920. (F. WIDAL, P. ABRAMI, N. IANCOVESCO.
- Azotémie et hémoclasie dans l'ulcus gastrique. — LE NOIR, CH. RICHET et A. JACQUELIN. — Société médicale des hôpitaux, séance du 4 février 1921.
- Condition de production de la crise hémoclasique chez certains épileptiques. — Société médicale des hôpitaux, 1921. — PH. PAGNIEZ, J. DE LÉO-BARDY.

- La crise hémoclasique par ingestion de sucre chez les diabétiques. — *Presse médicale*, n° 18, 12 février 1921.
 - Grossesse et phénomènes de choc anaphylactique. — A. LUMIÈRE et H. COUTURIER. — C. R. de l'Académie des Sciences, 21 mars 1921.
-

